
200931370 2
INST. PSYCH.

Zur Prognose und Aetiologie der Kinder-Hysterie

Von

Dr. A. Tobias

in Bremen

Mit einem Vorwort

von

Prof. Dr. E. Feer

in Zürich



BERLIN 1913
VERLAG VON S. KARGER
KARLSTRASSE 15

Druck von H. Klöppel, Quedlinburg

VORWORT

DIE vorliegende als Dissertationsarbeit erschienene Abhandlung benutzt die langjährige reichhaltige Kasuistik der Heidelberger Kinderklinik. Um dem Leser ein eigenes Urteil zu ermöglichen, war es notwendig, sowohl die Krankenjournale als auch den späteren Befund möglichst eingehend wiederzugeben. Der daraus entstehende bedeutende Umfang macht die Arbeit zur Veröffentlichung in einer Zeitschrift wenig geeignet; es wurde darum vorgezogen, sie als selbständige Monographie zu drucken.

Das wertvolle Material, das von der Verfasserin mit grossem Fleiß und Verständnis verarbeitet wurde, macht es wünschbar, daß die Abhandlung auch im Buchhandel erscheint, um so jedem Interessenten leicht zugänglich zu sein.

Zürich E. FEER

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung.

Man ist sich darüber einig, daß das einzelne hysterische Symptom bei Kindern unter allen Umständen eine gute Prognose hat. Dagegen stehen die Ansichten über die Dauerprognose der kindlichen Hysterie zueinander in völligem Gegensatz. So finden z. B. Bruns, Strümpell, Binswanger, Henoch[1]) die erfreuliche Tatsache einer häufigen Dauerheilung der kindlichen Hysterie. Bruns sagt (p. 52): „Ich kann in dieser Beziehung zwar statistische Daten nicht geben, kann aber bestimmt behaupten, daß von den von mir in bezug auf ihre manifesten Symptome gründlich geheilten Kindern eine nicht kleine Zahl später ganz gesund geblieben ist und auch sogenannte interparoxysmelle Zeichen nicht mehr dargeboten hat.“ Dagegen behaupten u. a. Eulenburg, Emminghaus und französische Autoren wie Duvoisin und Greffier [2]), daß die Prognose der Kinderhysterie in allen Fällen eine zweifelhafte ist. Greffier sagt: „que la plupart des enfants atteintes d'hystérie deviennent des hystériques avérées.“

Der einzige Weg, um in der Frage der kindlichen Hysterie eine exakte Antwort zu geben, ist die katamnestische Untersuchung von Kindern, die in früheren Jahren wegen Hysterie behandelt worden sind. Um zur Lösung dieser Frage einen

---

[1]) Bruns, L., Die Hysterie im Kindesalter. 2. Aufl. Halle a. S. 1906.
Strümpell, Adolf, Lehrbuch der spec. Pathologie u. Therapie d. inneren Krankheiten. 2. Aufl. Leipzig 1907. S. 773.
Binswanger, Otto, Die Hysterie. Nothnagels spec. Pathol. u. Therapie. 12. Aufl. Wien 1904. S. 816 f.
Henoch, Vorlesungen über Kinderkrankheiten. Berlin 1903. S. 205 ff.

[2]) Eulenburg, A., Die Hysterie des Kindes. Berlin 1905. S. 28.
Emminghaus, H., Die psychischen Störungen im Kindesalter. Tübingen 1887. S. 284.
Duvoisin, Dr. M., Ueber infantile Hysterie. Jahrbuch für Kinderheilkunde. 1889. N. F. XXIX. S. 330.
Greffier, De l'hystérie précoce. Arch. générale de Méd. 150 VII 10. 1882

Schritt vorwärts zu tun, hat mir Professor Feer (damals in Heidelberg) erlaubt, das Material seiner Klinik zu benutzen. Ich habe aus den Krankengeschichten der Luisenheilanstalt von 1885—1903 alle diejenigen Fälle, welche die Diagnose „Hysterie" tragen, zu diesem Zwecke ausgesucht.

Von diesen Fällen ließ ich zunächst alle diejenigen, welche älter als 14 Jahre waren, als nicht mehr zur kindlichen Hysterie gehörig, fort. Dies tat ich aus folgender Ueberlegung: Es gibt zwei Wege, um die Grenze der Kindheit zu bestimmen. Man wählt entweder somatische oder psychische Unterscheidungsmerkmale. Die psychischen Eigenschaften z. B. sind für Bruns (l. c. p. 29) der Maßstab, nach dem er einen Fall entweder zur kindlichen oder erwachsenen Hysterie rechnet. Gegenüber diesem in den Grenzfällen, auf die es uns gerade ankommt, subjektiven Verfahren steht das von alters her übliche Verfahren, die Kindheit mit der Entwicklung der Sexualorgane abschließen zu lassen. Bei Mädchen ist dieser Zeitpunkt durch den Eintritt der Menstruation deutlich festgelegt. Da sich nun beim Durchsehen des Materials herausstellte, daß bei fast allen Mädchen, die das 14. Lebensjahr überschritten hatten, die Menstruation bereits begonnen hatte, habe ich in Analogie damit bei den Fällen weiblicher Hysterie, wo darüber in der Anamnese nichts erwähnt war, diesen Zeitpunkt ebenfalls als den Beginn des geschlechtsreifen Alters gelten lassen. Bei den Knaben, bei denen ein deutlicher Zeitpunkt nicht vorliegt, habe ich im Anschluß an viele Autoren das 14. Lebensjahr als Grenze willkürlich angesetzt.

Von den übrig bleibenden 46 Fällen fiel wiederum ein Fall eines 14jährigen Mädchens, das seit einem Jahre menstruiert war, aus den vorhin benannten Gründen fort.

Ferner mussten 6 Fälle fortfallen, die von der Polizei nicht mehr aufgefunden werden konnten. Bei 9 Fällen endlich handelte es sich um akute Krankheiten, meistens Magen-Darmstörungen, bei denen hysterische Krankheitserscheinungen damals schon als zweifelhaft notiert waren und für die sich jetzt aus den Krankengeschichten kein sicherer Anhaltspunkt ergab. Sie wurden deshalb ebenfalls ausgeschieden. Die jetzt übrig bleibenden 30 Fälle habe ich einer eingehenden Untersuchung unterzogen. Soweit es die Umstände zuließen, habe ich zunächst die Angehörigen der Patienten, in 25 Fällen war es die Mutter oder waren es die Eltern, in 2 Fällen die Großeltern

oder die Pflegeeltern, persönlich aufgesucht, um wenn möglich die Anamnese der alten Krankengeschichten unter besonderer Berücksichtigung der Heredität, der Erziehung, der kindlichen Charakteranomalien auch im Vergleich mit denen der übrigen Geschwister zu ergänzen. Zugleich konnte ich so einen Einblick gewinnen in die häuslichen Verhältnisse und die Umgebung, in der die Patienten aufgewachsen waren. Die zweite und wichtigere Aufgabe war dann, den weiteren Verlauf der Krankheit, die spätere Lebensführung, den jetzigen Gesundheitszustand und das gegenwärtige psychische Verhalten sowie die Arbeitsfähigkeit festzustellen. In einzelnen Fällen konnte die Katamnese vervollständigt werden durch Aussagen des Hausarztes und durch Anstaltsakten.

Alle diese Angaben habe ich mir weiterhin durch die Patienten selbst, soweit sie mir erreichbar waren, in 19 Fällen war eine mündliche Unterredung möglich, bestätigen und ergänzen lassen. Zugleich erhielt ich einen Eindruck von der Persönlichkeit und hatte Gelegenheit, nach psychiatrisch wichtigen Dingen zu fragen.

Um mir ein möglichst objektives Vorgehen bei Beurteilung der Fälle zu sichern, habe ich bestimmte mir besonders wichtig erscheinende Fragen regelmäßig bei allen Besuchen wiederholt. Ich gebe das Schema hier in Kürze wieder. In bezug auf die Heredität erstreckten sich meine Nachforschungen in jedem Falle auf die Eltern, Großeltern, entfernteren Verwandten und Geschwister und, wenn Kinder da waren, auch auf diese. Ferner fragte ich: War das Kind vor der Erkrankung reizbar, eigensinnig, launenhaft, zeigten sich nervöse Zustände, wie Kinderkrämpfe, große Unruhe, Schlafstörungen, nächtliche Angstzustände, Bettnässen. Ich suchte dann, soweit das nicht aus spontanen Aeußerungen hervorging, Aufschluß über die Erziehung zu bekommen durch Fragen wie: Machte Ihnen dieses Kind mehr Mühe als seine Geschwister? wie verhielt es sich seinen Altersgenossen gegenüber? wie war das Kind in der Schule? Ich erkundigte mich nach der körperlichen Entwicklung, nach Kinderkrankheiten und dergl. und suchte vor allem eine möglichst deutliche Vorstellung zu gewinnen über die körperliche und geistige Verfassung zur Zeit des Auftretens der ersten hysterischen Erscheinungen. Ich ließ mir dann eine Schilderung der möglichen Ursachen der Erkrankung und aller

während der Erkrankung beobachteten Einzelheiten geben. Die eigentlich katamnestischen Fragen erstreckten sich in jedem Fall auf die Heilung, auf etwaige erst nach der Erkrankung bemerkte Charakterveränderungen wie größere Reizbarkeit, Launenhaftigkeit, auf Schlafstörungen, Kopfschmerzen. Außerdem bei weiblichen Patienten auf eventuelle Erscheinungen krankhafter Art bei Einsetzen der Periode, während der Schwangerschaft und des Wochenbettes, bei den männlichen Individuen auf die Militärtauglichkeit und das Verhalten während der Militärzeit und endlich in allen Fällen auf die Leistungsfähigkeit und Tüchtigkeit im Berufsleben.

Suggestive Fragen glaube ich nach Möglichkeit vermieden zu haben, meistens genügte es, durch kurze Bemerkungen die gewöhnlich sehr detaillierten Berichte auf die Gebiete zu lenken, auf die es mir besonders ankam. Dabei fand ich überall das freundlichste Entgegenkommen. Ich habe niemals den Eindruck gehabt, als wenn man mir mit Mißtrauen begegnet wäre und absichtlich unrichtige oder falsche Antworten gegeben, respektive etwas verschwiegen hätte.

Was endlich die Brauchkbarkeit des Materials anbetrifft, so kann man wohl der Ueberzeugung sein, daß ein besseres Material als das vorliegende zu benutzen kaum möglich ist, da Krankengeschichten einer wissenschaftlich geleiteten Anstalt das beste sind, was wir haben. Trotzdem muß man sich über die Mängel und möglichen Fehlerquellen klar sein.

1) Erlaubt die geringe Anzahl der Fälle keine zu weitgehende Verallgemeinerung der Resultate.
2) sind die alten Krankengeschichten mehr oder minder subjektiv geführt, und die Ausführlichkeit läßt in vielen Fällen zu wünschen übrig. Besonders vermißt man fast gänzlich die psychische Untersuchung bei einer in den älteren Jahren vorwiegend somatisch orientierten Disziplin.
3) Muß man mit den allgemeinen Schwierigkeiten jeder Katamnese rechnen. In fast allen Fällen war allerdings die Erinnerung an die Erkrankung mit ihren plötzlichen und rätselhaften Erscheinungen eine lebhafte, aber in den langen Jahren hatten sich die damaligen Vorgänge doch meistens etwas verwischt und verschoben, vor allem aber waren in bezug auf den Charakter und die Eigenart des erkrankten Kindes die Angaben oft unsicher und ungenau.

Das so zusammengebrachte Material wird in den Krankengeschichten wiedergegeben. Diese sind in folgender Weise angeordnet. Der fast wörtlichen Wiedergabe der alten Krankengeschichten, in denen nur einige ganz unwichtige Aufzeichnungen des körperlichen Status oder nutzlose Wiederholungen fortgelassen sind, ohne daß dadurch der Sinn eine Aenderung erfahren hätte, folgt die Ergänzung zur Anamnese. Hier wird alles gebracht werden, was sich nachträglich in den erwähnten Beziehungen feststellen ließ. Da in der Klinik die Diagnose „Hysterie“ häufig im Anfang nicht gleich gestellt werden konnte, sind Fragen nach wichtigen Dingen vergessen worden, die sich nun erst bei den Nachuntersuchungen herausstellten. Darauf folgt in der Katamnese die Geschichte der Kranken seit der Entlassung aus der Klinik. Den Schluß bildet eine Epikrise. Diese ist gefordert durch die Deutungen der Entstehung der einzelnen hysterischen Symptome.

Aus allem Bisherigen geht hervor, daß das Material nicht bloß geeignet ist, auf die Frage der Dauerprognose eine Antwort zu geben, sondern daß es noch nebenbei nach anderen Gesichtspunkten betrachtet werden kann, besonders auf Momente hin, welche die allgemeine Dauerprognose im speziellen günstiger oder ungünstiger erscheinen lassen.

Wir können fragen nach der Bedeutung der Heredität, nach der Bedeutung der Herkunft, ob aus der Stadt oder vom Lande, des Berufes und Wohlstandes der Eltern, ihrer Eigenschaften u. s. f., wie aus dem Schema der Nachuntersuchung hervorgeht. Wir können ferner fragen nach der Bedeutung des Geschlechts und des Alters, und schließlich können wir fragen, wie weit und wie oft verständliche Zusammenhänge in der Pathogenese der einzelnen Symptome aufweisbar und welcher Art dieselben sind. Auf solche Zusammenhänge wurde ich wiederholt durch spontane Aeußerungen der Eltern hingewiesen, manchmal versuchte ich, durch Fragen ganz allgemeiner Art die Eltern, die gewöhnlich versucht hatten, sich das plötzliche Auftreten der merkwürdigen Krankheitserscheinungen auf irgend eine den Umständen nach nächstliegende Weise zu erklären, zum Aussprechen ihrer Vermutungen zu veranlassen. Dabei braucht wohl kaum betont zu werden, daß der Geisteszustand eines Individuums, der die letzte Ursache der hysterischen Erscheinungen ist, sofern er überhaupt erst zur Hysterie disponiert,

kaum mehr als hypothetisch zu erklären ist. Alle genetischen Betrachtungen wie die vorliegenden sollen nur ein Versuch sein, die vermutlichen Zusammenhänge zu konstatieren und zu deuten.

An diesen Deutungen wird man mangels jeglicher Exaktheit häufig Anstoß nehmen können, sie werden naturgemäß für die einzelnen Fälle nie zu beweisen, sondern höchstens plausibel zu machen sein. Wenn aber diese Deutungen plausibler Art häufiger möglich sind, scheint das immerhin von Bedeutung zu sein. Jedenfalls ist es bei den gegenwärtigen Strömungen der Psychiatrie angebracht, sich solcher Fragestellung zuzuwenden. Ich gebe diese Deutungen mit allem Vorbehalt in der Epikrise.

Bevor ich an die Wiedergabe der einzelnen Krankengeschichten gehe, möchte ich von vornherein einige terminologische Klarheit für mich schaffen. Der Begriff der Hysterie ist zurzeit den heftigsten Angriffen ausgesetzt und vielfach schwankend geworden. (Babinski [1]), Steyerthal [2]), Gaupp [3])). Die Auswahl der Fälle konnte nur nach dem Gesichtspunkt geschehen, ob vor Jahren die Diagnose „Hysterie" gestellt wurde oder nicht. Für die Beurteilung dieser Fälle müssen aber deutliche Begriffe vorhanden sein. Ohne die Absicht, zur Frage der Krankheitseinheit der Hysterie Stellung zu nehmen, soll unterschieden werden:

a) Der hysterische Charakter (Schilderung bei Kraepelin. Lehrbuch. 7. Auflage. Seite 684 ff.). Dieser Charakter ist vielfach mit andern Zügen gemischt, weist Uebergänge auf, läßt sich nicht scharf definieren, er ist ein Typus unter andern Charakteren.

b) Hysterisch-somatische Zustände (Stigmata), alles, was neurologisch festgestellt wird, Störungen der Motilität, der Sensibilität, der Reflexe, sekretorische Anomalien etc.

c) Hysterisch psychische Zustände, insbesondere Bewußtseinsveränderungen, heftige Erregungszustände, Phantasien, Delirien, Halluzinationen.

---

[1]) Babinski, J., Définition de l'hystérie. Journ. de méd. int. IX. 313. 1905. Ma conception de l'hystérie et de l'hypnotisme (Pithiatisme). Arch. gén. de Méd. II. Nr. 35. 1906. Med. klin. therapeut. Wochenschrift. Nr. 1—2. f. Jahrgang X. 1907.

[2]) Steyerthal, Arnim, Was ist Hysterie? Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Nerven- u. Geisteskrankheiten. 8. H. 5. Halle a. S. 1908.

[3]) Gaupp, Rob., Ueber d. Begriff der Hysterie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 5. H. 4. 1911.

Darnach gliedert sich die Prognose in 3 Unterfragen nach den 3 zu trennenden Begriffen.

Die nun folgenden Krankengeschichten habe ich in folgender Weise geordnet:

I. Die Fälle reiner Hysterie.

A) Die noch während der Kindheit völlig und endgültig geheilten Fälle. Innerhalb dieser Gruppe wurde die Reihenfolge nach den pathogenetischen Beziehungen gewonnen, die im wesentlichen als die eine hysterische Praedisposition begünstigenden Momente erscheinen.[1])

a) Nach Gemütsbewegungen (Fall 1—4).
b) Nach Trauma (Fall 5).
c) Nach akuten körperlichen Krankheiten (Fall 6—10).
d) Nach chronischen körperlichen Krankheiten, die geheilt sind (Fall 11).
e) Fälle unbekannter Ursache (Fall 12—14).

B) Die jenseits der Kindheit geheilten Fälle (Fall 15—16).
C) Die nicht dauernd geheilten Fälle (Fall 17—21).

II. Die Fälle nicht reiner Hysterie.

1) Chronisch körperliche Kranke, die von ihren körperlichen Leiden nicht genesen sind (Fall 22—24).
2) Epileptiker (Fall 25—30).

Krankengeschichten mit Epikrisen.

Fälle reiner Hysterie.

A. Die während der Kindheit geheilten Fälle. (Fall 1—14.)

Ich wende mich jetzt zur ersten Gruppe, also zu den Fällen, wo eine mehr oder minder heftige psychische Erregung bei bis dahin gesunden, geistig und körperlich gut entwickelten

---

[1]) Denn als den äußeren Anlaß sowohl zur Entstehung der Hysterie als auch zu günstigen und ungünstigen Aenderungen im weiteren Verlauf der Krankheit hat man wohl in den weitaus meisten, wenn nicht vielleicht in allen Fällen von Kinderhysterie analog der Hysterie der Erwachsenen, psychische Einflüsse anzunehmen.

Kindern die hysterische Erkrankung veranlaßte. Da die wirksame psychische Ursache hier am wenigsten durch Nebenumstände verdeckt ist, scheinen mir diese Fälle zum Verständnis der Aetiologie hysterischer Krankheitserscheinungen besonders geeignet zu sein.

a) Nach Gemütsbewegungen. (Fall 1—4.)

Fall 1. Anna B. Tagelöhners Kind aus Lorsch. 6 Jahre alt, aufgenommen am 9. XII. 1902.

Anamnese: Vater gesund, in Alkoholismus sehr mäßig. Mutter gesund. 5 gesunde Geschwister. Familie nicht belastet.

Pat. war das 2. Kind. Die Geburt war schwer, erfolgte aber spontan. Sie wurde ³/₄ Jahr von der Mutter gestillt. Von Anfang an hatte sie ein blasses Aussehen, war aber gesund. Mit 4 Jahren machte sie Masern, mit 5 Jahren Keuchhusten durch.

Vor 3 Monaten hatte sie in der Strickschule bei 2 alten Fräuleins plötzlich einen Krampfanfall, der 5 Minuten dauerte. Sie griff mit beiden Händen in die Luft, schmatzte mit dem Mund, zwinkerte mit den Augen und blickte nach allen Seiten herum. Dabei war sie bei Besinnung, hörte alles, gab aber keine Antwort. Sie ließ Urin unter sich, fiel aber nicht hin. — Seither wiederholen sich die Anfälle jeden Tag 8—10 mal in gleicher Weise. Verletzungen oder Zungenbiß wurden nie beobachtet. Auf Arznei hin sollen die Anfälle kurze Zeit an Zahl abgenommen haben, kamen dann aber häufiger als zuvor. Nachts wurden selten Anfälle beobachtet.

Pat. besucht die Schule noch nicht, soll geistig aber andern voraus sein. Sie ist nicht bösartig, aber verwöhnt, da Strafe nie angewendet wurde. Sie spielt gern mit andern Kindern. Die Anfälle werden durch barsches Anfahren sofort hervorgerufen, ebenfalls durch Schreck.

Status: Mittelgroßes, kräftiges, ordentlich gehaltenes Kind. Schädel groß, eckig. Am Thorax geringe Spuren von Rachitis. Mäßige Drüsenschwellungen am Hals. Gesicht breit, plump, Augen tiefliegend, klein, Augenbrauen zusammengewachsen, Nasenwurzel sehr breit, Lippen dick, etwas aufgeworfen, frischrot. Zähne gesund, etwas auseinandergerückt. Tonsilben groß, im Naso-Pharyngealraum adenoide Wucherungen. Hals sehr kurz, Atmung bei geschlossenem Munde. Innere Organe gesund. Motilität und Sensibilität intakt. Reflexe lebhaft. Cornealreflexe lebhaft. Facialis-Phaenomen negativ. Sprache schwerfällig ohne weitere Besonderheiten. Psychisch nichts Auffallendes. Einfache Fragen werden richtig beantwortet. Ausdruck etwas stumpf.

Verlauf: 10. XII. Klinische Vorstellung. Pat. hatte einen Krampfanfall, schmatzte dabei mit dem Mund, fiel nicht, sondern setzte sich hin. Es wurde die Diagnose „Hysterie“ gestellt auf Grund folgender Symptome: Sistierung der Anfälle seit dem Eintritt in die Klinik, (der Anfall während der Vorstellung scheint der erste gewesen zu sein), während früher 8—10 Anfälle täglich beobachtet wurden, die Monotonie der Anfälle durch Monate hin. Die Enuresis spricht nicht gegen Hysterie, besonders da adenoide

Wucherungen vorhanden sind. Es wird auf die Möglichkeit des Zusammenhangs der Anfälle mit den Wucherungen hingewiesen.

12. XII. Seit dem Eintritt in die Klinik kein Anfall mehr. Nichts Auffallendes im Benehmen. Nur war Patientin öfter unreinlich, nimmt sich aber nach strenger Ermahnung heute zusammen. Scheues, mürrisches, verzogenes Wesen. Folgt erst nach mehrfacher Aufforderung oder barschem Anfahren oder Strafdrohung. Schläft mit offenem Mund.

17. XII. Exstirpation der Rachenmandeln. Mehrmals Enuresis in den letzten Tagen.

19. XII. Halsweh, starke Rötung der Rachenorgane. Kein Belag.

30. XII. Anfälle bis heute ausgeblieben. Pädagogische Einwirkung hat Erfolg gehabt. Gehorcht gut, seit 8 Tagen bettrein. Heute einmal diarrhoischen Stuhl unter sich gelassen. Etwas Temperatursteigerung, leichte Rötung des Rachens. Feuchter Halswickel. Hier Ende der Krankengeschichte, obgleich der Austritt erst 6 Tage später erfolgte.

Ergänzung zur Anamnese: Hereditär scheint nichts vorzuliegen. Der Vater ist gesund, nüchtern und fleißig, die Mutter macht ebenfalls den Eindruck einer durchaus gesunden Frau. Sie ist heiter, klug und freundlich und versteht es, die sehr ärmliche und enge Häuslichkeit behaglich zu gestalten. Sie hat jetzt 9 Kinder, die sie sämtlich stillte und die alle munter und aufgeweckt sind.

Anna hat als kleines Kind keinerlei nervöse Erscheinungen dargeboten, ihre körperliche Entwickelung war eine normale. Sie war von jeher auffallend schüchtern Fremden gegenüber, zu Hause dagegen „stillvergnügt und zutraulich". Weil sie sich geistig rasch entwickelte, gab man sie schon früh in die Strickschule. Eines Tages wurde sie von dort nach Haus gebracht, weil sie in der Stunde einen Anfall (s. Anamnese) gehabt und dabei Urin unter sich gelassen hatte. Kurze Zeit darnach nässte das Kind wieder, als es auf dem Felde mit fremden Leuten arbeitete, ohne daß diesmal ein Anfall beobachtet wurde. Die Mutter, welche annahm, daß das Einnässen aus „Faulheit" geschehen sei, schlug das Mädchen. Seit der Zeit bekam Anna, wenn irgend eine Gelegenheit zur Schüchternheit oder Furcht vorlag, Anfälle, aber fast immer nur in fremder Umgebung, selten wenn sie zu Hause war. Die Mutter meint, daß „die Krankheit nur gekommen sei, weil das Mädchen so „blöd" war. In der Strickschule habe es wohl Wasser lassen müssen, da es aber zu schüchtern war es zu sagen, habe es aus Angst den Anfall bekommen".

Katamnese: Nach Entlassung aus der Klinik sind keine Anfälle mehr beobachtet worden. An Bettnässen hat Anna zu Hause nie gelitten. In der Schule soll sie im ersten Halbjahr schwer gelernt haben, später aber sehr leicht, „sie saß immer auf der ersten Bank und las schöner als alle die andern". Neben der Schule schaffte sie noch viel im Haushalt, sie scheint für die Mutter eine zuverlässige und tüchtige Stütze zu sein. Sonst ist sie gern still für sich und hat große Freude am Lesen.

Anna ist jetzt 14 Jahre alt, macht einen stillen und etwas träumerischen und schüchternen Eindruck, antwortet aber, wenn die Schüchternheit überwunden ist, recht verständig. In Heidelberg war sie ungern und hatte

großes Verlangen nach Hause. Im Aeusseren bietet sie nichts Ungewöhnliches. Sie ist klein und etwas gedrungen gewachsen, das Gesicht ist breit, aber durchaus wohlgebildet, der Ausdruck angenehm und freundlich. Eigenschaften, die auf einen hysterischen Charakter schliessen lassen, sind sowohl nach den Aussagen der Mutter als nach dem Verhalten des jungen Mädchens nicht festzustellen.

Epikrise:

Es handelte sich hier also um ein Kind, welches allem Anschein nach aus einer durchaus gesunden Familie stammt und vernünftig erzogen wurde. Bei der körperlichen Untersuchung zeigten sich leichte Spuren einer überstandenen Rachitis und adenoide Wucherungen mit mäßigen Drüsenschwellungen am Hals, wodurch aber scheinbar die Entwicklung des Mädchens in keiner Weise beeinflußt wurde. Geistig soll es sogar andern voraus gewesen sein. Die große Schüchternheit Fremden gegenüber ist ein sehr häufiger Kinderfehler, der nach Emminghaus (l. c. p. 75) als pathologisch nur dann angesehen werden darf, wenn er sich auch der eigenen Familie und den Bekannten gegenüber zeigt. Das ist hier nie der Fall gewesen, die Mutter schildert uns das Kind zu Haus als stillvergnügt und zutraulich. Das mürrische scheue Wesen und der Ungehorsam, den das Kind in der Klinik zeigte, geht man gewiß nicht fehl, als Ausdruck der Schüchternheit zu erklären, ebenfalls das Bettnässen, was zu Hause niemals beobachtet wurde. Die fremde Umgebung mag lähmend auf das Kind gewirkt haben, so daß es sich zu irgend einem freien Auftreten nicht entschließen konnte. Später gehorchte es gut, was man wohl weniger der pädagogischen Einwirkung als dem Umstand zuschreiben sollte, daß es mit seiner Umgebung vertrauter wurde und die Hemmung leichter überwand. Die spätere Entwicklung deckt sich ja auch gut mit dieser Annahme. So soll das Mädchen z. B. in der Schule im ersten Halbjahr schlecht gelernt haben, so lange ungefähr mag es gebraucht haben, um sich an die neue Umgebung zu gewöhnen, später bewies es sich als eine besonders tüchtige Schülerin.

Die Annahme der Mutter, daß die Erkrankung lediglich durch die Schüchternheit des Kindes und den peinlichen Vorfall in der Strickschule veranlaßt sei, trifft also bei Fehlen jedes anderen aetiologischen Momentes möglicherweise das Richtige. Man vergegenwärtige sich die Situation: Ein schüchternes Kind in fremder Umgebung hat das Bedürfnis Wasser zu lassen, wagt aber nicht der Lehrerin etwas davon zu sagen. Das vergebliche Bemühen, die Schüchternheit zu überwinden und das befreiende Wort zu sprechen, dazu vielleicht die stetig wachsende Angst vor möglichen schlimmen Folgen dürften auch normalerweise leicht einen Zustand herbeiführen, wie der als erster Anfall geschilderte. [1]) Das eigentlich Krankhafte beginnt meines Erachtens erst mit der späteren Wiederholung der Anfälle. Dabei können zwei Momente unterstützend mitgewirkt haben, wenn sie auch zur Erklärung nicht ausreichen. Erstens wurde durch die Schüchtern-

[1]) Vgl. die Schilderungen, die Emminghaus (l. c.) von den Zuständen gibt, die man häufig bei Kindern im Augenblick großer Schüchternheit (p. 75) oder Angst (p. 71) beobachtet.

heit und ihre sie begleitenden körperlichen Erscheinungen die Erinnerung an den Vorfall in der Strickschule immer wieder geweckt und rege gehalten, zweitens aber könnte das Kind bewußt oder unbewußt, den Ausfall der gefürchteten Strafe mit dem Anfall in Zusammenhang gebracht haben, besonders als es kurz darauf, nachdem es wieder in fremder Umgebung genäßt hatte, ohne einen Anfall zu bekommen, bestraft wurde.

Die schnelle Heilung nach Entfernung von den Angehörigen findet wohl ohne Weiteres darin ihre Erklärung, daß das plötzliche Versetztwerden in eine fremde Umgebung und der brennende Wunsch nach Hause in dem scheuen Kinde einen neuen es ganz erfüllenden Gedankeninhalt schafften, der es von seinen krankhaften Ideen vollkommen ablenkte.

Fall 2. Barbara N. Maurerskind aus Eppelheim, 6 Jahre alt. Aufgen. am 21. VI. 1896.

Anamnese: Keine Nerven- und Geisteskrankheiten in der Familie. Eltern gesund. 5 gesunde Geschwister (vergl. jedoch Ergänzung).

Pat. kam gesund zur Welt, lernte rechtzeitig laufen. Machte mit drei Jahren Diphtherie durch. Sonst stets gesund, klagte drei Tage vor Eintritt in die Klinik über Schmerzen im Hals und über Schluckbeschwerden. Zwei Tage später plötzlich ein Anfall, wobei sie schwer atmete und „eng" wurde. Beide Beine wurden steif und krampfhaft ausgestreckt. Dabei Klagen über Schmerzen im Leib. Sie machte sich dann steif im Rücken und lag bogenförmig da. Bewußtsein war erhalten. Dauer des Anfalls 5 Minuten. In folgender Nacht 5 Anfälle derselben Art, die kürzer dauerten. Am Morgen vor der Aufnahme in d. L. H. A. wieder ein Anfall von 5 Minuten Dauer. Seitdem sind die Beine steif, Pat. bleibt mit den Füßen am Boden kleben.

Die Eltern führen den Zustand auf einen Schrecken zurück, den Pat. am Tage vor dem ersten Anfall hatte, indem sie sich während eines Gewitters auf der Straße befand. Nach Aussage der Eltern soll Pat. im Gesicht immer etwas gedunsen aussehen und öfters an Heiserkeit gelitten haben. In der Schule sehr aufgeweckt, kommt gut voran.

Status: Klein für ihr Alter. Gesundes Aussehen. Blöder, stupider Gesichtsausdruck. Augen immer halb geschlossen. Geringer Strabismus converg. rechts. Leichte Drüsenschwellungen. Zunge stark belegt, etwas Stomatitis aphthosa. Keine Spuren von Rachitis. Innere Organe gesund. Keine Ovarie. Die Muskulatur der Extremitäten ist stark hypertonisch. Die Knie sind nur mit Gewalt zu beugen. Arme und Beine können spontan bewegt werden, aber mit ausgesprochener Steifigkeit. Beim Liegen meist Spitzfußstellung. Kann nicht allein aufrecht sitzen und aufstehen. Gang ausgeprägt spastisch. Sensibilität durchaus normal. Keine Stigmata. Reflexe der unteren Extremitäten stark erhöht. Pupillen etwas ungleich, reagieren prompt. Pat. ißt nicht allein, macht den Mund kaum auf, muß daher mit großer Vorsicht mit flüssiger Nahrung ernährt werden.

Verlauf: 23. VI. Verweigert fast jede Nahrungsaufnahme, indem sie die Zähne fest aufeinander preßt. Untersuchung des Rachens unmöglich. Zunge leicht geschwollen, zeigt Zahneindrücke, außerdem eine eitrig belegte Stelle. Es besteht eine allgemeine katarrhalische Stomatitis. Oeffnet,

nachdem sie zutraulicher geworden ist, selbst den Mund mit dem Spatel. — Durch Versprechungen ist sie auch dazu zu bringen, ihre Arme und Beine sehr gut und frei nach allen Richtungen hin zu bewegen. Verweigert aber absolut, sich aufzurichten und aufgerichtet ohne Unterstützung zu sitzen. Wirbelsäule durchaus normal. Pat. macht einen eigensinnigen bezw. hochgradig hysterischen 'Eindruck. Bekommt oftmals am Tage, namentlich wenn sie essen soll, Weinkrämpfe. Dabei werden Arme und Beine ausgestreckt und sehr steif gehalten und sind nur mit Gewalt zu beugen. Manchmal gut gelaunt, munter und freundlich. Kalte Abwaschungen verträgt sie gut und gern.

24. VI. Nimmt häufiger am Tage Kruzifixstellung ein und liegt manchmal mit hohlem Rücken im Bett, Opisthotonus.

25. VI. Liegt oft teilnahmslos da, stiert an die Decke, fixiert einen Punkt, als wenn sie halluzinierte, oder sucht die dargebotene Hand, ohne sie anzusehen, mit der eigenen, dann wieder gibt sie Teilnahme am Gesprochenen kund, wo man es nicht erwartet. Sie gibt Antworten, artikuliert richtig, die Intelligenz scheint gut zu sein. Sowie das Gewitter erwähnt wird, bricht Pat. in einen Weinkrampf aus mit tönender Inspiration. — Der Gesichtsausdruck ist starr wie bei Tetanus. Zusammengepresste Lippen, halb zugekniffene Augen. Stark reflektorischer Masseterenklonus, Fac. Phaen. positiv. Pupillen o. B. Starre Lage, meist opisthotonisch, der Arm etwas flektiert, die Beine und der rechte Fuß in Streckstellung. Flexibilitas cerea der oberen Extremitäten. Katalepsie. Auffällig ist der gleichmäßige Widerstand bei der Beugung der Vorder- und Oberarme: Keine Koordinationsstörung. Kein Tremor. Bauchreflexe normal. Sensibilität intakt. Gang: erst exquisit auf der Fußspitze, allmählich Senken der Fersen und Aufsetzen des ganzen Fußes. Die Spannungen nehmen überhaupt ab. Sowohl die Gesichtsstarre als auch die Rigidität der Extremitäten nehmen zuweilen langsam zu, dann wieder ab, beim Gehen nimmt die Starre, wohl auch in Folge des Zuspruchs, ab. Keine reflektorische Reizbarkeit. — Der Mund kann nur mit Anstrengung geöffnet werden, starke katarrhalische eitrige Stomatitis. Foetor ex ore.

1. VII. Ganz geringe Besserung. Gesicht weniger verzerrt, weil die Kontraktur der Gesichtsmuskeln nachläßt. Pat. steht auf, geht allein. Spasmus der Muskeln läßt, je mehr sie geht, nach. Es gelingt manchmal, die Zunge abzuwischen und zu pinseln. Trinkt allein.

7. VII. Deutlicher Fortschritt. Läuft im Anfang noch steif und spastisch. Nach wenigen Schritten aber gewinnt sie mehr Vertrauen zu sich selbst und der Spasmus verschwindet in den Fußgelenken vollständig, während die Kniegelenke noch steif gehalten werden. Die Hände und Arme werden beim Gehen noch stark vom Körper abduziert und steif gehalten. Nach einiger Zeit bessert sich auch das.

13. VII. Spasmen nur noch gering.

15. VII. Farad. Untersuchung ergibt: Herabgesetzte farado-kutane Schmerzhaftigkeit. Vorderarme bei sehr starken Strömen nahezu unempfindlich. Bei Anspritzen der Arme leichte Kontraktur.

22. VII. Bewegungen in allen Gelenken völlig frei.

27. VII. Entlassung. Keine spastischen Erscheinungen mehr. Nach

14 Tagen wurde das Mädchen wieder hereingebracht mit Fieber. Es machte einen leichten Typhus durch, der nach 6 Wochen geheilt war. Nervöse Symptome wurden während dieser Zeit nicht beobachtet.

Ergänzung zur Anamnese: Der Vater, ein Maurer, trank zu Zeiten viel, besonders Bier. Er war kein periodischer Trinker. Die Kinder soll er wohl streng, aber nie in roher Weise behandelt haben. Sie fürchteten den Vater nicht, am wenigsten Barbara, die von ihm verzogen wurde. In den letzten Jahren hustete er und starb nach einer kurzen Krankheit, während der er lebhaft phantasierte. Die Mutter ist seit 10 Jahren nervös in Folge eines Gallensteinleidens, früher litt sie an bohrenden Kopfschmerzen mit Erbrechen (Migräne?), macht aber jetzt den Eindruck einer gesunden Frau. Nach ihrer Aussage hat sie die Kinder weder verzärtelt noch verzogen. Sie hatte 10 Kinder, von denen 2 an Kinderkrankheiten starben, 1 starb an Gichtern, 1 war ein 7 Monatkind. 6 Kinder leben und sind gesund. Von diesen war eine Tochter mit 22 Jahren in Folge schwerer gemütlicher Erschütterungen in der Rekonvaleszenz vom Puerperium vorübergehend geisteskrank. Sie hatte gesehen, wie ein fremdes Kind an Genickstarre starb, und sich darüber so aufgeregt, daß sie ganz wirr im Kopf wurde, nicht wußte, was sie tat, Geld versteckte und schließlich in die Irrenklinik gebracht werden mußte. Hier ist die Diagnose „Amentia“ gegestellt worden, die Pat. wurde als „vollkommen geheilt“ entlassen. Sie ist immer noch leicht aufgebracht, sonst aber gesund.

Barbara ist das jüngste, also 10. Kind. Sie war von jeher kräftig und gesund und soll in früher Kindheit keinerlei Anzeichen von Nervosität geboten haben. In bezug auf die Aetiologie der Anfälle berichtet die Mutter folgendes: Nach dem Gewitter (s. Anamnese) habe sie das Kind bei einer fremden Frau gefunden. Es habe stark geschwitzt, sonst sei ihr nichts aufgefallen. In der folgenden Nacht sei alles gewesen wie sonst. Erst am nächsten Tage sei das Mädchen zweimal umgefallen. In der Nacht darauf habe es sich gestreckt und seitdem nicht mehr stehen können, so daß man es im Wagen zur Klinik bringen mußte. Barbara selbst erzählt den Vorgang außerordentlich anschaulich: Sie sei auf der Straße ganz plötzlich vom Gewitter überrascht worden und als sie „vor Schreck nicht weitergehen“ konnte, habe eine fremde Frau sie in ihr Haus geführt. Hier habe die Frau angefangen, laut mit ihr zu beten. Sie sei „so arg verschrocken“ gegewesen, daß alles an ihr gezittert habe. Sie habe „nicht mehr gewußt, wie ihr sei.“ So habe die Mutter sie gefunden. Später sei sie wieder ganz wohl gewesen und am nächsten Tag lustig draußen herumgesprungen. Auch in der Schulbank habe sie noch nichts gespürt. Als sie dann hinausgehen wollte, seien „die Beine plötzlich ganz steif gewesen,“ so daß sie sie nicht fortbringen konnte. Von zwei Seiten gestützt habe sie mit aller Gewalt etwas laufen können. Sie legte sich zu Haus ins Bett. Dort fühlte sie etwas wie einen steifen Hals, bekam Umschläge und konnte dann wieder aufstehen, hockte aber immer herum. Nachts, als sie mal aufstehen wollte, knackte sie wieder zusammen. Sie blieb morgens im Bett. Als sie nach ein paar Stunden aufzustehen versuchte, konnte sie laufen, knackte aber auf einem Spaziergang wieder zusammen, wurde ganz steif und bekam

starke Schmerzen im Genick, so daß sie den Kopf weit zurückbiegen mußte. In diesem Zustande wurde sie nach Heidelberg gebracht.

Katamnese: Schon nach dem ersten Aufenthalt in der Klinik sind nie mehr Krämpfe oder spastische Erscheinungen beobachtet worden. Das Mädchen gibt an, daß sie das Gehen gut wieder gelernt hat, nur bei Schreck bekommt sie Wadenschmerzen, so daß sie sich setzen muß. Ferner leidet sie häufiger an Kopfschmerzen und hat immer noch „die Angst in sich", besonders beim Gewitter. Sie wagt auch nicht, mit der Bahn zu fahren, oder auf einen Wagen zu steigen, vor den Pferde gespannt sind. Sie ist eigensinnig und leicht aufgeregt, wenn man ihr etwas sagt, aber auch sofort wieder gut.

In der Schule war Barbara sehr gut, besser als ihre Geschwister, besonders rechnete sie vorzüglich. Während der Pubertätsentwicklung wurde nichts Auffallendes bemerkt, die Periode war von Anfang an unregelmäßig, oft alle 14 Tage, dabei aber fühlte sie sich stets wohl und arbeitsfähig. Seit ihrem 14. Jahre arbeitet sie täglich in einer Zigarrenfabrik von morgens 8 Uhr bis abends 5 oder 6 Uhr. Sie geht, da sie die Bahn zu benutzen sich nicht getraut, aus ihrem Dorf den $^{3}/_{4}$stündigen Weg bei jedem Wetter zu Fuß. Sie verdient soviel, daß sie die Mutter noch unterstützen kann. Dabei ist sie voll Lebenslust, tanzt und amüsiert sich gern.

Sie ist jetzt 19 Jahre, macht einen durchaus gesunden und kräftigen Eindruck, trotzdem sie doch seit 5 Jahren täglich 9—10 Stunden in den staubigen Arbeitsräumen einer Zigarrenfabrik arbeitet. Ihr Mienenspiel ist lebhaft, ihr Auftreten resolut und selbstbewußt, aber durchaus nicht unbescheiden, sie plaudert munter uud natürlich ohne jede Affektation.

Epikrise:

In diesem Falle liegt eine nervöse Belastung mit größter Wahrscheinlichkeit vor. Der Vater trank zeitweise, die Mutter litt an Migräne, eine Schwester war vorübergehend geisteskrank. Außerdem muß in Betracht gezogen werden, daß durch eine jedenfalls inkonsequente und nachsichtige Erziehung wenigstens von Seiten des Vaters, dessen Liebling Barbara war, eine eventuelle Anlage zu Launenhaftigkeit und Eigensinn begünstigt wurde, die allerdings nach Aussage der Mutter erst nach der Erkrankung deutlicher hervortrat, auf die aber vielleicht die in der Klinik beobachteten starken Stimmungsschwankungen und lebhaften Erregungszustände (Weinkrämpfe) teilweise zurückzuführen sind. Inwieweit das durch die Halsschmerzen und Schluckbeschwerden (s. Anamnese) gestörte Allgemeinbefinden des Kindes als praedisponierendes Moment in Rechnung gebracht werden muß, ist nicht bestimmt zu sagen, später wurde der Verlauf des Leidens wohl jedenfalls dadurch beeinflußt.

Als auslösende Ursache aber ist mit größter Wahrscheinlichkeit die heftige Gemütserregung während des Gewitters zu nennen, deren tiefe Wirkung sich noch heute darin zeigt, daß dieser Vorgang mit einer erstaunlichen Frische und Lebendigkeit in der Erinnerung des Mädchens lebt. Der ursächliche Zusammenhang aber zwischen diesem Vorgang und den Erscheinungen des ersten Anfalls liegt sofort klar zu Tage, wenn man beide Zustände vergleicht. Während des Gewitters „konnte das Mädchen vor Schreck nicht weiter gehen, und mußte von einer fremden Frau ins Haus geführt

werden.“ Zunächst scheinen die Gedanken an den Vorfall durch die Ereignisse des Tages verdrängt worden zu sein. Erst am nächsten Morgen beim Aufstehen von der Schulbank „waren die Beine plötzlich ganz steif. Von 2 Seiten gestützt konnte das Mädchen mit aller Gewalt etwas laufen.“ Die Uebereinstimmung in den Symptomen, es handelt sich wohl beide Male um eine Lähmung in Folge gemütlicher Erregung, legt die Annahme nahe, daß sich die Gedanken des Kindes unbewußt wieder mit der ängstlichen Situation während des Gewitters befaßt haben, und daß nun die bloße Vorstellung genügte, um die gleichen Gefühlsreaktionen mit ihren körperlichen Begleiterscheinungen auszulösen wie die ursprüngliche Empfindung.*)

Wodurch die an und für sich starke Empfänglichkeit des Kindes in so krankhafter Weise gesteigert wurde, ist nicht klar, man muß aber wohl in Analogie mit der Hysterie der Erwachsenen in erster Linie an eine Bewußtseinsveränderung in Folge des psychischen Shocks denken. Ferner ist vielleicht von Bedeutung, daß die hysterischen Zustände zuerst in der Schule auftreten, was, wie wir auch später noch sehen werden, häufig beobachtet wird. Der Schulbesuch ist wohl stets mit Erregungen mannigfacher Art verknüpft, manchmal könnte der Grund wie vielleicht auch in diesem Fall einfach in der Ermüdung nach der geistigen Anstrengung zu suchen sein, da sich ungewollte Vorstellungen um so leichter der Seele bemächtigen, je mehr die aktive Aufmerksamkeit nachläßt. Die im weiteren Verlauf der Erkrankung allmählich hinzukommenden komplizierteren Krankheitserscheinungen sind wohl zum Teil in ihrem Ursprung direkte Folgen der nun zum Ausbruch kommenden schmerzhaften Hals- und Mundentzündung, scheinen aber in ihrer Mannigfaltigkeit und Hartnäckigkeit noch durch suggestive Fragen von Seiten der Eltern und vielleicht auch später des Arztes (s. Verlauf) unterstützt worden zu sein.

Daß die hysterischen Erscheinungen sich langsamer verloren als im vorhergehenden Falle und einer energischen Behandlung bedurften, dürfte wohl vor allem seinen Grund darin haben, daß die zu gleicher Zeit bestehenden körperlichen Störungen schmerzloser Art eine aufmerksame Pflege und Behandlung nötig machten, wodurch das Kind immer wieder auf die Beschäftigung mit seinem Körper hingewiesen wurde, während das emotionelle Moment, das durch die Entfernung von den Angehörigen und durch den Aufenthalt in fremder Umgebung geschaffen wurde, bei diesem weniger scheuen Kind in geringerem Maße wirksam wurde.

Die seit der Krankheit bestehende Erregbarkeit und Aengstlichkeit des Mädchens und die häufigen Kopfschmerzen weisen darauf hin, daß wir es noch jetzt mit einer nervösen Disposition zu tun haben, die aber bisher nicht wieder zur Auslösung hysterischer Krankheitserscheinungen führte. Da auch die Entwicklung des Mädchens im übrigen eine günstige zu sein

*) Vgl. hierzu Krehl, L., Ueber die Entstehung hysterischer Erscheinungen. Sammlg. klin. Vorträge 1902. S. 735. „Die Ueberreste unserer Vorstellungen, welche unterhalb des Bewußtseins aufbewahrt werden und die Erinnerungen sind nicht weniger als prinzipiell von einander verschieden.“ .... (u. weiter unten.) „Die Erinnerungsbilder verbinden sich genau so wie die frischen Vorstellungen selbst sehr leicht mit körperlichen Vorgängen, deren Form und Inhalt dem psychischen Inhalt entspricht.“

scheint, sind wir berechtigt, auch für die Zukunft eine gute Prognose zu stellen.

Fall 3. Cristoph W., Bäckerssohn aus Heidelberg. 11 Jahre alt, aufgenommen am 9. XII. 1893.

Anamnese: Bruder des Vaters psychisch krank, Schwester der Mutter litt an Hysterie (vergl. Ergänzung). Im 4. Lebensjahre Stoß gegen die Stirn, sonst gesund. Seit Frühjahr 1893 Schmerzanfälle in beiden Beinen, später fast ausschliesslich im linken Bein, begleitet von klonischen Krämpfen in der Beugemuskulatur des Oberschenkels. Diese Krämpfe traten regelmässig ½ 8 Uhr abends auf. Dauer 10 Min. Sie wiederholten sich meist mehrere Tage hintereinander, die Zwischenräume bis zum Wiederauftreten neuer Anfälle waren verschieden. Häufig pelziges Gefühl im linken Arm und Bein.

Status: Großer, kräftig gebauter Knabe mit gut entwickelter Muskulatur und gutem Fettpolster. Eine kleine, angeblich schmerzhafte Narbe über dem rechten Auge, am Körper einige Zeichen früherer Rachitis. Innere Organe vollkommen gesund. Sensibilität intakt. Keine Rachenanästhesie. Reflex lebhaft. Die Psyche zeigt nichts Auffälliges. — In beiden Oberschenkeln, im linken stärker als im rechten, beobachtet man klonische Zuckungen, besonders in den Adduktoren, gelegentlich aber auch in den Beugemuskeln. Die Zuckungen sind kurzdauernd, etwas blitzartig, annähernd choreatisch, nicht koordiniert, nicht vom Willen unterdrückbar. Auf Hautreize, sowie bei Beachtung stärkeres Hervortreten der Zuckungen. Im linken Oberschenkel besteht Druckempfindlichkeit. Ausgesprochene Druckpunkte sind nicht nachweisbar.

Verlauf: 9. XII. abends präzise ½ 8 Uhr: Anfall. Patient liegt auf der rechten Seite, die rechte Gesichtshälfte ins Kissen gedrückt. Der Kopf wird hin und her bewegt unter Hervorstossen unartikulierter Schmerzenslaute, die nicht wie lautes Aufschreien, sondern mehr ein gleichmäßiges Heulen sind. Die Pupillen zeigen weder abnorme Weite noch Enge und reagieren auf Lichtreiz. Das Bewußtsein ist anscheinend erhalten. Es treten klonische Zuckungen in der stark vorspringenden Sehne des M. semitendinosus auf, selbst durch starken Druck ist die Sehne nicht zu erschlaffen. Ferner beobachtet man klonische Zuckungen im ganzen linken Bein, fibrilläre Zuckungen an der Aussenseite des linken Oberschenkels und ein leichtes Zittern im rechten Fuss. Die Arme sind nicht beteiligt. Die Atmung ist beschleunigt und vornehmlich abdominal. — Am Schlusse des Anfalls, der 8 Min. anhielt, macht Pat. einen schwer besinnlichen müden Eindruck, kommt aber auf energisches Zureden schnell wieder zu sich. Er gibt später auf Befragen an, daß er den während des Anfalls mit ihm sprechenden Arzt verstanden hätte, er sei aber nicht im Stande gewesen, auf seine Fragen zu antworten. Während des Anfalls will er heftige Schmerzen im linken Bein empfunden haben.

Während und nach den Anfällen keine Sensibilitätsstörung, keine Verminderung der rohen Kraft. Nach dem Anfall klonische Zuckungen mässigen Grades im linken Bein, auf energischen Bescheid, das Bein ruhig zu halten, wird das sofort getan. 10. XII. kein Anfall, keine Schmerzen, keine Zuckungen.

11. XII. Untersuchung ergibt schwächere Patellarreflexe r > l. Abnorme Bewegungserscheinungen sind nicht vorhanden, weder gesteigerter Tonus, noch klonische Zuckungen. Keine Schmerzen. Rohe Kraft normal. Es wird mit Hydrotherapie begonnen, Bad von 27° R, nachher kühlere Uebergießungen.

12. XII. Patellarreflexe beiderseits schwächer. Kein Fußklonus, keine Zuckungen, keine Schmerzen. Sensibilität normal. Kein Anfall.

18. XII. Status idem.

28. XII. Geheilt entlassen. In der ganzen Zeit wurden Anfälle nicht mehr beobachtet.

Ergänzung zur Anamnese: Im Gegensatz zur früheren Anamnese war jetzt von psychischen Krankheiten in der Familie nichts zu erfahren. Eine Schwester der Mutter war schwindsüchtig, der Vater starb inzwischen an Kehlkopfphthise. Er erkrankte erst, als Christoph erwachsen war. Die Mutter ist eine gesunde, heitere, sehr liebevolle, aber durchaus verständige Frau. 2 Geschwister sind gesund.

Christoph hat in seiner frühesten Kindheit nie an Krämpfen oder sonstigen nervösen Erscheinungen gelitten, er machte später die Kinderkrankheiten durch, war im übrigen stets gesund, lebhaft, fröhlich und ein ausgezeichneter Schüler. Von Charaktereigentümlichkeiten, die das plötzliche Auftreten hysterischer Krankheitserscheinungen hätten begünstigen können, war nichts zu erfahren. Bemerkenswert aber ist vielleicht folgender Bericht der Mutter: Sie will am Morgen vor dem ersten Anfall, um die Wirkung der Kneippschen Kaltwasser-Kur bei dem Knaben zu versuchen, diesen direkt vom Bett aus in kaltes Wasser gesteckt haben, als sie aber sah, daß er sich „äußerst unbehaglich“ fühlte, schickte sie ihn wieder ins Bett. Am Tage bemerkte sie keine Veränderung an dem Jungen, erst am Abend trat plötzlich der in der Anamnese geschilderte erste Anfall auf. Als die Anfälle sich in der Folge wiederholten, versuchte die Mutter alles, sie durch Zerstreuungen zurückzuhalten. Gewöhnlich kündigten sie sich schon vorher durch ein Zucken im linken Bein an, das sich abends bis zu einem Anfall steigerte. Die Mutter schaffte dann Bücher und Spielsachen herbei, ließ Spielkameraden holen, um das Kind über die gefürchtete Zeit, in welcher die Anfälle mit größter Regelmäßigkeit sich einstellten, hinwegzubringen, was ihr in den seltensten Fällen gelang. In anfallsfreien Zeiten war der Knabe durchaus wohl und zeigte keine Veränderungen der Stimmung und des Charakters.

Katamnese: Nach Entlassung aus der Klinik sind weder Anfälle aufgetreten, noch irgend welche Sensationen in den Beinen und Armen bemerkt worden. Christoph war stets gesund. Er verließ 1896 die Schule und kam in die Lehre zu einem Feinmechaniker. Er arbeitete gern und andauernd. Während eines kurzen Aufenthaltes in der Schweiz machte er große, anstrengende Märsche ohne Schwierigkeiten. 1901—1903 war er beim Militär und ertrug die Strapazen vorzüglich. Seitdem arbeitet er unausgesetzt als Feinmechaniker.

Er ist jetzt 28 Jahre alt, macht einen sehr kräftigen gesunden Eindruck,

hat ein natürliches, bescheidenes Auftreten und ein offenes, heiteres Wesen. Er gibt an, keine Stimmungsschwankungen zu haben, verstimmt sei er nur, wenn ein ausreichender Grund vorliege. An die Anfälle erinnert er sich noch gut, kann aber in bezug auf die Entstehung nichts angeben, er glaubt nicht, früher solche oder ähnliche Anfälle bei anderen gesehen zu haben.

Epikrise:

Obwohl die Anamnese Angaben enthält, die den Verdacht einer hereditären Belastung (nervösen und tuberkulösen) erwecken könnten, ist eine solche doch unwahrscheinlich, wenigstens gibt die Entwickelung des Pat. vor und nach der Erkrankung keine größere Berechtigung zu einer solchen Annahme. Die Kehlkopfschwindsucht des Vaters ist wohl als später erworbene Berufskrankheit anzusehen. Die häuslichen Verhältnisse sollen stets gut gewesen sein, das Wesen der Mutter gestattet keinen Rückschluß auf grobe Erziehungsfehler.

Demnach käme als einziges ätiologisches Moment das schon von der Mutter als die mögliche Veranlassung zur Erkrankung bezeichnete kalte Bad am Morgen vor dem ersten Anfall in Betracht. Allerdings scheinen die Folgen des Schrecks zunächst nur momentane gewesen zu sein, wie im vorigen Fall bot der Knabe im Laufe des Tages nichts Ungewöhnliches in seinem Verhalten. Erst am Abend wurde ein Anfall beobachtet. Daß die Symptome dieses Anfalls in gewissem Grade den Empfindungen und körperlichen Reaktionen gleichen, die jeder Mensch kennt, der plötzlich in kaltes Wasser kommt, es handelte sich bei den Anfällen regelmäßig um schmerzhafte Muskelspannungen mit Kontrakturen oder krampfartigen Bewegungen, um eigentümliche Sensationen in Händen und Füßen, berechtigt zu der Annahme, daß vielleicht auch in diesem Fall lediglich die Vorstellung der peinlichen Situation am Morgen die erste Attacke veranlaßt haben könnte. Wodurch diese Vorstellung eine solche Lebendigkeit gewann, kann nicht bestimmt entschieden werden, zum Teil ist sie wohl als eine Folge der abendlichen Ermüdung zu verstehen, da die Erfahrung lehrt, wie stark unangenehme Erlebnisse, die vollständig aus dem Gedächtnis verdrängt schienen, am Abend das Gemüt beunruhigen können. Daneben spielte eventuell auch die Furcht vor einer Wiederholung des kalten Bades, oder die Sorge der ängstlichen, sich schuldbewußt fühlenden Mutter eine Rolle.

Jedenfalls ist im weiteren Verlauf der Erkrankung das Benehmen der Mutter von besonderem Interesse. Denn durch ihre Bemühungen, den Knaben durch allerhand Zerstreuungen über die Zeit des Anfalls hinwegzubringen, wodurch sie aber seine Aufmerksamkeit nur immer wieder auf den Vorfall hinlenkte, sind wohl einzig und allein die regelmäßig zur bestimmten Stunde wiederkehrenden Anfälle veranlaßt. [1]) Auch die allmählich

---

[1]) Ueber einen ähnlichen Fall berichtet Charcot (Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems, insbesondere über Hysterie. Deutsch von Freud 1886. 6. Vorlesung). Es handelt sich um einen 13 jähr. Judenknaben aus Rußland, der an heftigen Kopfschmerzen leidet, die alle Abende gegen 5 Uhr wiederkehren und einen Anfall von Konvulsionen einleiten. „Es ist von Interesse, das Benehmen des Vaters zu beobachten, wenn die Zeit des Anfalls herannaht. Er sieht auf seine Uhr, gegen 5 Uhr

hinzutretenden komplizierteren Erscheinungen (siehe Verlauf) müssen vorzüglich als Produkte suggestiver Fragen aufgefaßt werden.

Mit der Isolierung des Knaben hörten die Anfälle sofort auf. Auch sonst bietet das Verhalten in der Klinik nichts Bemerkenswertes. Die einmal beobachtete Ungleichartigkeit der Reflexe läßt immerhin an „willkürliche Muskelaktionen" denken. (Bruns l. c. p. 12.)

Fall 4. Daniel M., Gastwirtssohn aus Leutershausen. 7 Jahre alt. Aufgenommen am 1. Juli 1893.

Anamnese: Eltern und 4 Geschwister gesund. In der Familie keine Nerven- und Geisteskrankheiten.

Patient war selbst stets gesund, nervöse Erscheinungen sind früher nie beobachtet worden.

8 Tage vor Aufnahme in die L. H. A. erschrak Patient bei einem Gewitter sehr heftig. Seit der Zeit soll er täglich auftretende Angstzustände und Anfälle haben, die sich so äußern, daß ein drückendes Gefühl besteht, das am Halse beginnt und nach unten über Brust und Leib bis in die Beine zieht. Oft soll es „im Leib sitzen bleiben". Die Anfälle dauern ½—1 Stunde. Patient ist dabei unruhig und ängstlich. In der übrigen Zeit zwischen den Anfällen ist er wie sonst ganz normal, nicht veränderter Gemütsart.

Status: Patient bietet das Bild eines völlig gesunden Jungen in körperlicher Beziehung. Der Kopf ist etwas dicker als gewöhnlich, 53 cm Umfang. Nervensystem durchaus normal.

Verlauf: 4. VII. Früh um ½2 Uhr plötzlich unter leichten Leibschmerzen heftiges Erbrechen und Durchfall, beides ca. 6 mal sich wiederholend bis um 8 Uhr.

Patient machte eine leichte Gastroenteritis acuta durch, die sich auf Behandlung sofort besserte. Ueber hysterische Erscheinungen wurde nichts bemerkt.

9. VII. Geheilt entlassen.

Ergänzung zur Anamnese: Der Vater, der Gastwirt war, trank von jeher, auch schon vor der Geburt des Knaben, sehr viel, besonders schweren Wein und aß wenig. Er soll aber ruhig und gutmütig gewesen sein. Er starb später an einem Leberleiden. Die Mutter ist jetzt gemütlich und intellektuell etwas stumpf.

Daniel war von jeher schwächlicher als die Geschwister und sehr schreckhaft, dabei aber heiter und verträglich. An seine Krankheit hat die Mutter keine rechte Erinnerung mehr. Er selbst gibt an, daß er von jeher große Angst beim Gewitter gehabt habe und dann immer unters Bett gekrochen sei. Daß ein Gewitter die Angstzustände ausgelöst habe, wisse er

---

fragt er seinen Sohn, ob er leide, und wenn dieser bejaht, ist er um ihn mit einer Sorgfalt beschäftigt, die ohne Zweifel achtenswert ist, aber ebenso sicher dazu beiträgt, die Krankheit zu nähren und in ihrer Regelmäßigkeit zu unterhalten."

nicht mehr, wohl aber erinnere er sich genau an diese Zustände. Später sei er noch oft von den Geschwistern wegen der merkwürdigen Schmerzen im Leib geneckt worden.

Katamnese: Seit dem Aufenthalt in Heidelberg sind Angstzustände nie mehr aufgetreten. Später machte der Knabe noch Rippenfellentzündung und Gürtelrose durch, war sonst aber gesund. In der Schule war er sehr gut. Er diente bei der Fußartillerie und hielt die Anstrengungen gut aus. Seit 2 Jahren studiert er in München, Straßburg, Freiburg und Heidelberg.

Er ist jetzt ein 23 jähriger, kräftiger Mensch, breit gebaut, etwas blaß aber nicht krank aussehend. Auffallend war nur, daß er durch meine Exploration in eine große Unruhe versetzt wurde. Er wünschte lebhaft, daß eine gründliche körperliche Untersuchung vorgenommen werde, und fragte wiederholt, ob die Krankheit in der Kindheit ihm jetzt noch schaden könne.

Epikrise.

Eine gewisse Disposition muß hier angenommen werden, da Pat. als Kind schwächlich und sehr schreckhaft war (s. Erg. z. Anamn.). Nach Emminghaus soll die Schreckhaftigkeit, in geringem Grade eine „charakteristische Eigenschaft des kindlichen Seelenlebens“ (p. 51), besonders stark bei schwächlichen, nervösen Kindern hervortreten.

Als auslösendes Moment wird wie im 2. Falle der Angstzustand während eines Gewitters genannt. Die Aehnlichkeit der Zustände, wie sie in der Folge häufiger bei dem Knaben beobachtet wurden, mit Erscheinungen, wie sie auch gesunde Menschen im Augenblick der Angst mehr oder weniger an sich selber erfahren, macht das durchaus glaubwürdig. Bei welchen Gelegenheiten die Anfälle später auftraten, war nicht zu erfahren, möglicherweise bot die Schreckhaftigkeit immer wieder die Veranlassung zu einer unbewußten Reproduktion der ängstlichen Situation.

Die sofortige Heilung in der Klinik ist wohl, wie im ersten Fall, dem Einfluß der starken Erregung, die durch die fremde Umgebung erzeugt wurde, zuzuschreiben. Ebenfalls könnten die in der Klinik auftretenden Durchfälle damit in Zusammenhang stehen (Emminghaus l. c., p. 72).

Daß eine gewisse Aengstlichkeit noch besteht, beweisen die hypochondrischen Befürchtungen und die Unruhe, die sich in Folge der Exploration zeigten. Trotzdem gibt die körperliche und geistige Entwicklung des Pat. zu Befürchtungen einer Wiederholung hysterischer Erscheinungen keinerlei Anlaß.

b) Nach Trauma. (Fall 5.)

Der nächste Fall steht den vorhergehenden ätiologisch nahe, weil die wirksame Ursache wohl weniger in der traumatischen Schädigung als solcher, als in dem sie begleitenden Affektshock zu suchen ist, während zugleich bestimmte mit dem Trauma zusammenhängende Vorstellungen an der Entstehung hysterischer Erscheinungen mitgewirkt haben dürften.

Fall 5. Emilie K. Maurerstochter aus Eppelheim. 12½ Jahre alt. Aufgenommen am 30. VIII. 1902.

Anamnese: Eltern gesund. Hereditär nichts. Ein Bruder gesund. Pat. rechtzeitig geboren, ½ Jahr von der Mutter gestillt. Lief mit 1 Jahr. Machte Diphtherie, Masern mit Lungenentzündung durch. Seit 8 Wochen plötzliche Schmerzen am linken Knöchel, im Anschluß an einen Sprung vom Wagen. Kurz nachher waren die Schmerzen verschwunden, traten aber mehrere Stunden später wieder auf. Kein Fieber. Die Schmerzen blieben auf den linken Knöchel beschränkt. Behandlung mit Arznei innerlich, mit Einreibungen, Einpackungen, Heublumenbädern und heißen Bädern.

Status: Großes, gut genährtes Mädchen. Organe gesund. Lokale Schmerzen am linken Knöchel, hauptsächlich bei Druck auf den inneren Malleolus; offenbar sind die Schmerzen recht intensiv, wenn Patientin ihre Aufmerksamkeit darauf richtet, nehmen aber auffallend ab bei Ablenkung der Aufmerksamkeit. Aeußerlich keine Veränderungen (weder Auftreibung des Knochens noch Rötung. Passive Bewegungen im Gelenk sind wenig schmerzhaft, beim Gehen ist links ein leichtes Hinken zu bemerken. Eine recht gründliche Untersuchung scheint der Pat. angenehm zu sein. Das Nervensystem bietet außer einer leichten Herabsetzung des Würgreflexes nichts Pathologisches.

Verlauf: Nach Behandlung mit Zinkleimverbänden, Packungen in Schafwolle, Massage und Elektrizität ist Pat. meist ohne Schmerzen. Auf Druck besteht noch geringe Schmerzhaftigkeit. Hinken ist kaum mehr zu bemerken.

25. IX. Entlassen. Nachträglich sei noch bemerkt, daß Pat. scheinbar in dem Gefühl und Bewußtsein, krank zu sein, sehr durch die unvernünftige Familie unterstützt wurde. An jedem Besuchstage kamen Eltern, Großeltern etc. in großer Zahl, saßen im Kreis um das Bett, bedauerten das Kind, belästigten den Arzt durch Fragen, sprachen von Beinabnehmen etc.

Ergänzung zur Anamnese: Aetiologisch ist nichts weiter zu erfahren. Die Mutter ist aufgeregt und etwas geschwätzig. Sie rühmt ihre Tochter als besonders klug, lebhaft und fleißig, von Eigensinn, Launenhaftigkeit oder Ungehorsam will sie nie etwas bemerkt haben. An den Unfall ihrer Tochter erinnert sie sich gut und erzählt, wie besorgt sie damals gewesen sei, daß der Fuß steif bleiben könne.

Katamnese: Nach der Rückkehr von Heidelberg soll Emilie noch nicht ganz frei von Schmerzen gewesen sein, spürte aber einige Wochen nachher nichts mehr. Später haben sich die Schmerzen noch einmal kurze Zeit wiederholt, der Knöchel soll leicht geschwollen gewesen sein. Sonst entwickelte sich das Mädchen normal, ist stets guter Laune und sehr arbeitsam. Die Periode ist regelmäßig ohne Schmerzen.

Das junge Mädchen steht jetzt im 20. Lebensjahre, ist als Schneiderin tätig und beschäftigt 2 Lehrmädchen. Sie zeigt ein natürliches, einfaches Auftreten und sieht gesund und blühend aus. An den Unfall und seine Folgen will sie sich nur noch dunkel erinnern,

Epikrise:

Maßgebend ist also wohl im vorstehenden Fall, daß unter dem Einfluß der durch den Unfall verursachten psychischen Erregung die geringe schmerzhafte Verletzung mit leichter Beeinträchtigung der Funktion in dem lebhaften Kinde die Vorstellung eines ernsteren Leidens erweckte, worin es durch eine zu eifrige Therapie (s. Anamnese) und ängstliches Bedauern und Fragen der Umgebung (s. Verlauf) noch bestärkt wurde.

Nach den sehr dürftigen Angaben in der Krankengeschichte läßt sich leider nicht genau abgrenzen, wie groß der Anteil war, den die Verletzung an den fortdauernden Schmerzen und der Gehstörung beanspruchen darf, mit größter Wahrscheinlichkeit war aber eine hysterische Hyperalgesie die wesentlichste Ursache. Ob die später wieder auftretenden Beschwerden organisch bedingt waren, oder als psychogen aufzufassen sind, muß ebenfalls unentschieden bleiben.

Bemerkenswert ist noch die Freude, die das Kind über die gründliche Untersuchung in der Klinik zeigte. Sie beweist den schädlichen Einfluß, den das unvernünftige Verhalten der Umgebung auf das Gemüt eines Kindes auszuüben imstande ist, indem es sein natürliches Empfinden so verändert, daß es die Schmerzen, die es zum Mittelpunkt des allgemeinen Interesses machen, schließlich als etwas Angenehmes und Wünschenswertes betrachtet.

c) Nach akuten körperlichen Krankheiten. (Fall 6—10.)

Verhältnismäßig häufig sind die Fälle von kindlicher Hysterie infolge von akuten körperlichen, besonders fieberhaften Erkrankungen. Oft ist die Veranlassung zu hysterischen Phänomenen hier in völlig klarer Weise determiniert, indem sich diese z. B. im Anschluß an besonders quälende organische Symptome, auf die die Aufmerksamkeit vorzüglich hingelenkt wurde, entwickeln.

In andern Fällen scheinen die organischen Erkrankungen nur den Boden für die Hysterie zu bereiten, indem im Verlauf derselben oder nach Abfall des Fiebers in einem protrahiersten Erschöpfungsstadium unter dem Hinzutreten neuer Schädlichkeiten, deren Zusammenhang mit der Erkrankung nicht immer deutlich ist, vorzüglich wohl emotioneller Erregungen, hysterische Krankheitserscheinungen auftreten. Hier kann, wie wir sehen werden, auch eine zu große Nachgiebigkeit und Schonung, mit der die Eigenheiten und Launen der Kinder während der Krankheit von den Angehörigen ertragen werden, die Entwicklung hysterischer Erscheinungen außerordentlich begünstigen.

Der erste Fall zeigt mit dem vorhergehenden eine gewisse Uebereinstimmung, da die hysterischen Erscheinungen sich ebenfalls an eine örtliche krankhafte Störung anschließen, doch ist

der Mechanismus der Entstehung insofern ein anderer, als das außerordentlich wirksame Moment des psychischen Shocks fehlt, während die Suggestibilität, die wir im vorigen Fall nur als unterstützendes Moment gelten lassen konnten, hier unter dem Einfluß einer leichten gemütlichen Erregung infolge einer schmerzhaften Entzündung der direkte Ausgangspunkt der psychogenen Störungen zu sein scheint.

Fall 6. Fanny A. aus Seckenheim. 11 Jahre alt. Aufgenommen am 24. XI. 1898.

Anamnese: Familie des Vaters phthisisch belastet, sonst Familienanamnese ohne Belang. 4 Geschwister leben und sind gesund.

Pat. wurde rechtzeitig geboren, war in der Kindheit schwächlich, lief mit 1 ½ Jahr, litt öfters an Lungenkatarrh und klagte über Seitenstechen bei Anstrengung. Vor 1 Jahre hatte sie Stechen und Brennen in beiden Füßen, das sich gewöhnlich nach ¼—1 Stunde verlor, wenn man die Füße bürstete. Oefters Kopfschmerzen und wenig Appetit. Anfang Oktober d. J. hatte sie ein Geschwür am Daumen, das bald verheilte. Nach ein paar Tagen hatte sie wieder Schmerzen im Daumen, in den letzten Tagen Schmerzen im ganzen rechten Arm.

Status: Gut entwickeltes, kräftiges Mädchen mit geringem Fettpolster. Innere Organe o. B. Am rechten Daumenballen bei Druck starke Schmerzen, die nicht genau lokalisiert werden. Die Bewegungen sind aktiv und passiv ohne Schmerzäußerung, auch ist sonst nichts Pathologisches wahrzunehmen, kein Unterschied zwischen rechts und links, keine Narbe, keine Rötung, keine Schwellung. Reflexe normal. Sensibilität intakt, nur Schmerzen bei Palpation des Leibes, namentlich links. Sprache meist leise, etwas zögernd. Schüchtern, Intelligenz gut. Ord.: Massage. Faradisation. Suggestion.

Verlauf: XI. Pat. ist leicht in Hypnose zu versetzen. Es gelingt mühelos, ihr neue Schmerzen zu suggerieren, die alten aber zum Verschwinden zu bringen, geht schwer. Die Schmerzen im Daumen waren während der ersten Sitzung sofort verschwunden und sind bis jetzt noch nicht wiedergekehrt, dagegen kehren die Schmerzen im Leib, Kopf und in der Brust immer wieder, obwohl man sie bei der Sitzung meistens wegbringt. Ichthalbin. — Auftreten einer Schwellung und Schmerzhaftigkeit in der rechten Daumenspitze. Feuchter Verband.

XII. Die Anschwellung ist größtenteils aut feuchte Umschläge zurückzuführen. Die Schmerzhaftigkeit besteht noch und kann nicht wegsuggeriert werden, während sonstige auftretende Schmerzen sofort durch Faradisation und Verbalsuggestion verschwinden. Der Appetit hat zugenommen auf Ichthalbin, das Gewicht trotzdem nicht.

15. XII. Auf Wunsch der Großmutter entlassen.

Ergänzung zur Anamnese: Fanny ist das älteste Kind und die einzige Tochter. Sie war viel bei den Grosseltern, die das Kind verzogen,

es garnicht entbehren konnten. Sie ängstigten sich, sobald es über irgend eine Kleinigkeit klagte. (Bürsten der Füsse s. Anamnese.) Nervöse Störungen sollen nie beobachtet worden sein. Fanny war sehr lebhaft, plauderte viel und mit grosser Phantasie, war stets munter und eine tüchtige Schülerin. Von Eigensinn oder Launen wollen die Großeltern nie etwas gesehen haben.

Katamnese: Die Schmerzen verloren sich bald nach der Entlassung vollständig, und es zeigten sich keinerlei psychische Störungen wieder, auch nicht während der Pubertätsentwickelung. Später war das Mädchen 2 Jahre bleichsüchtig, litt vorübergehend an rheumatischen Schmerzen in den Beinen, achtete aber nicht weiter darauf und ist seitdem stets gesund geblieben. Jetzt ist das Mädchen 23 Jahren alt, groß und schlank gewachsen, heiter und gesund. Ihr Benehmen ist frei und ungezwungen. Die Eltern und 4 Brüder sind nach Amerika ausgewandert. Sie lebt bei den Großeltern, die geistig und körperlich sehr rüstig sind und besorgt ihnen den kleinen Haushalt.

Epikrise:

Daß die in der Kindheit durchgemachten häufigen Erkrankungen und die phthisische Belastung irgend einen direkten Einfluss auf die Entstehung der hysterischen Erscheinungen ausgeübt haben, ist nicht anzunehmen, da das Mädchen zur Zeit der Erkrankung körperlich kräftig und gesund war (s. Status). Vielleicht aber wurden sie indirekt die Veranlassung zu der unvernünftigen und verzärtelnden Erziehung, wie sie dem Kinde von den Großeltern nach deren eigenen Aussagen (s. Ergänzung zur Anamnese) zu teil wurde, und die nach Hermann [1]) vorzüglich geeignet ist, die Suggestibilität, die an und für sich beim Kinde „eine durchaus normale, alltägliche Eigenschaft" ist, zu steigern. Deshalb mag hier schon die durch die geringfügige entzündliche Affektion hervorgerufene ängstliche Stimmung genügt haben, um das Kind für die mannigfaltigen und wechselnden Uebertragungen suggestiver Art empfänglich zu machen, wie das besonders in der Klinik beobachtet wurde. Begünstigt wurden die Erscheinungen jedenfalls noch durch die lebhafte Phantasietätigkeit der Patientin, vermöge der es ihr besonders leicht gelingen musste, sich in die von aussen suggerierten Vorstellungen hineinzuversetzen und sie als wirklich vorhandene zu empfinden.

Fall 7. Helene R. Landwirtstochter aus Mörschenhardt. 12 Jahre alt, aufgenommen am 18. XI. 1897.

Anamnese: Eine Schwester des Vaters soll an fallender Krankheit gelitten haben, sonst bietet die Familiengeschichte nichts.

Pat. wurde rechtzeitig geboren und ³/₄ Jahre gestillt. Niemals Krämpfe. Laufen mit 1 Jahr. Sie machte Masern, Keuchhusten und Diphtherie durch. Vor 2 Jahren klagte sie vorübergehend über Schmerzen in den Beinen, später im Körper und vorwiegend im Nacken. Im August dieses Jahres traten besonders morgens nach dem Halbschlaf krampfartige Zuckungen in den Armen und Händen auf, zeitweise mit Frost und Fieber. Seit Anfang Oktober wurden während einer leichten Diphtherie morgens häufiger Zuckungen

---

[1]) Hermann: Grundlagen für das Verständnis krankhafter Seelenzustände beim Kinde. Langensalza 1910, p. 57.

in den Armen bemerkt. Vor 10 Tagen nahm auch die linke Großzehe eine eigentümliche Streckstellung ein, die bis zum letzten Tage vor Eintritt in die Klinik bestanden haben soll. Das Kind soll die Eltern stets auf das Auftreten der Zuckungen und wunderbaren Stellungen aufmerksam gemacht haben. Krämpfe am ganzen Körper sind nicht beoachtet, auch keine Heiserkeit; Schlaf ruhig, Appetit gut.

Status: Ein seinem Alter entsprechend entwickeltes Kind. Organe ausser einer etwas beschleunigten und leicht erregbaren Herzaktion o. B. Reflexe lebhaft. Andeutung von Fußklonus. Facialis-Phaenomen eben angedeutet. Rechts Ovarie, geringe Mastodynie. Feuchte Haut. Ausgesprochene Dermatographie. Motilität und Sensibilität normal. Psychisch besteht leichte Hemmung. Die Antworten kommen zögernd. Die Intelligenz scheint normal.

Ord.: Kühle Abgießungen. Valeriana.

Verlauf: 21. XI. Bis jetzt keine krampfhaften Zuckungen.

25. XI. Es wurden außer Mastodynie und rechts Ovarie keine hysterischen Erscheinungen mehr beobachtet.

Vom 27. XI.—10. XII. machte das Kind einen leichten Scharlach durch von normalem Typus. Von hysterischen oder überhaupt nervösen Erscheinungen findet sich nichts in der Krankengeschichte.

Ergänzung zur Anamnese: Der Vater erlitt mit 73 Jahren einen Schlaganfall, die Mutter leidet an Atemnot infolge von Adipositas universalis. Geistig ist sie sehr rege, und erzählt lebhaft und anschaulich ohne zu große Geschwätzigkeit. Von 9 Kindern starben 2 an Rachitis. (?) Eins dieser beiden Kinder hatte außerdem eine Rachenspalte, konnte nicht sprechen und soll schließlich gelähmt gewesen sein. Das andere litt $^3/_4$ Jahre „so heftig an Krämpfen, daß es nachher nicht mehr recht bei Verstand war“. Die übrigen 7 Kinder sind gesund.

Helene war ein ruhiges Kind, das niemals nervöse Störungen zeigte. Sie entwickelte sich geistig und körperlich sehr rasch, war besonders kräftig, sehr geweckt und klug, witzig und schlagfertig, blieb nie eine Antwort schuldig, überraschte oft durch gut und treffend angewandte Zitate und Reime, deklamierte gern und erregte schon früh die Bewunderung des ganzen Dorfes. Man meinte von ihr: „Das Mädel ist zu schad' fürs Dorf, das gehört in die Stadt.“ Sie war ein bißchen empfindlich, leicht gereizt und aufgeregt, sonst aber gutherzig, weder eigensinnig noch unfolgsam. Die Anfälle sollen während einer Erkrankung an Diphtherie zum ersten Male aufgetreten sein (von den in der Anamnese erwähnten Schmerzen in den früheren Jahren war jetzt nichts mehr zu erfahren.) Kurz vorher hatte Helene gesehen, daß ein Knabe aus dem Nachbarhause, der an Diphtherie erkrankt war und eine diphtherische Lähmung der Beine hatte, zum Transport in die Klinik in den Wagen getragen wurde. Beide Beine hingen schlaff herunter. Gleich darauf erkrankte sie gleichfalls an Diphtherie und erhielt wie früher der Knabe eine Einspritzung. Am nächsten Morgen zeigten sich bei dem Mädchen Krämpfe in beiden Beinen und „Schütteln in den Nerven.“ Dann wurden die Beine steif, der ganze Körper streckte sich. Nach kurzer Dauer war der Zustand wieder normal. In der Folge traten diese Krämpfe jeden Morgen

um 6 Uhr im Halbschlaf auf und waren vorüber, sobald man das Kind weckte. Nachts schien Helene lebhaft zu träumen und sprach viel im Schlaf. Am Tage bemerkte man an dem Kind nichts Besonderes, nur der linke Fuß blieb schließlich steif. Als die Mutter einmal früh morgens das Kind fragte, ob es die Krämpfe schon gehabt habe, soll es geantwortet haben: „Es ist ja noch nicht 6 Uhr." Kurz darauf schrie es: „Mein Fuß, mein Fuß." Die Mutter fand das linke Bein ganz krumm und die linke Großzehe stark gestreckt. Dieser Zustand hielt an. Nur in warmem Wasser zuckte der Fuß ganz wenig, sonst blieb er steif. Der Arzt ordnete an, daß man das Mädchen sofort in die Heidelberger Kinderklinik schaffe, da es sich wahrscheinlich um ein Rückenmarksleiden handele.

Auf der Fahrt dahin verlor sich aber nach Aussage der Mutter die Kontraktur des Fußes in der „Aufregung und Freude über die schöne Reise" und die vielen neuen Eindrücke, die auf das Kind einstürmten. Der Fuß war ganz gerade und beweglich geworden, so daß das Kind vergnügt im Spital herumspringen konnte. Der Herr Professor soll sofort gemeint haben, „daß das Schöne, was das Kind auf der Reise gesehen habe und die Aufregung es gesund gemacht hätten."

Katamnese: Nach Entlassung aus der Klinik wiederholten sich die Krämpfe nie mehr. Die Periode, die im 15. Jahre einsetzte, ist regelmäßig mit leichten Rückenschmerzen. Im übrigen bestehen noch leichte Reizbarkeit und Schreckhaftigkeit und häufige Kopfschmerzen. Der Schlaf ist stets gut, doch soll Helene noch viel im Schlaf sprechen. Sie ist arbeitsam und sehr leistungsfähig, sowohl im Haushalt als in der Landwirtschaft. Seit einem Jahre ist sie verheiratet und hatte vor kurzem das erste Kind, das kräftig und gesund ist. Die Geburt war normal.

Der Arzt, der sie früher behandelte und jetzt die Geburt leitete, bestätigt, daß hysterische Erscheinungen nach der ersten Erkrankung nie mehr beobachtet worden sind. Auch während der Schwangerschaft und Geburt ist die junge Frau ruhig und verständig gewesen. Allerdings sei sie leicht aufgeregt und sehr „weich". Sie mache sich, wenn ihr etwas fehle, gleich die schlimmsten Vorstellungen, und sei einmal bei einer Entzündung, die einen kleinen Eingriff erforderte, in die heftigste Aufregung geraten.

Epikrise.

Es unterliegt wohl keinem Zweifel, daß es sich im vorliegenden Fall um eine imitatorische Hysterie handelte. Denn gegen die Annahme, daß sich die hysterischen Symptome infolge eines allgemeinen Erschöpfungszustandes bei Diphtherie entwickelt haben könnten, oder im Anschluß an organische Störungen, spricht sowohl das Auftreten derselben im Beginn der Erkrankung als die Lokalisation. Man würde also diesen Fall mit größerem Recht unter die Fälle von „Hysterie nach Gemütserregung" reihen dürfen.

Eine nervöse Belastung von väterlicher Seite ist hier anzunehmen (s. Anamn. u. Erg. z. Anamn.), darauf weisen auch die eigentümlichen Degenerationszustände der Geschwister hin. Pat. selbst zeigte nach dem Bericht der Mutter spontan eine außerordentlich intellektuelle Frühreife, sie scheint zu den sog. Wunderkindern gehört zu haben, die Emminghaus und andere Autoren zu den geistigen Abnormitäten rechnen.

Die Bemerkung der Mutter, daß kurz vor der Erkrankung der Tochter ein Kind in der Nachbarschaft infolge von Diphtherie gelähmt wurde, erlaubt wohl den Schluß, daß sie hier einen ursächlichen Zusammenhang vermutete, auf den sie vielleicht durch irgendwelche Aeußerungen ihres Kindes gebracht worden war. Denn daß das Gemüt eines so klugen, empfindlichen und phantasievollen Kindes durch den traurigen Anblick des gelähmten Spielkameraden tief und nachhaltig bewegt wurde, ist ebenso begreiflich, wie daß es von Angst und Furcht vor einem gleichen Schicksal ergriffen wurde, sobald es hörte, daß es gleichfalls an der Diphtherie erkrankt sei. Auffallend ist in diesem Falle das erste Auftreten der krankhaften Erscheinungen frühmorgens im Halbschlaf. Es läßt vermuten, daß die ängstlichen Vorstellungen sich im Traume realisiert haben könnten, daß es sich hier also um die suggestive Wirkung sehr lebendiger Traumvorstellungen handelte, die im Halbschlaf zur Annahme wirklicher Situationen führten. Diese Deutung ist um so berechtigter, als das Kind außerordentlich lebhaft zu träumen pflegte und die psychogenen Störungen, Krämpfe, Lähmungen, später auch Kontrakturen, sich hauptsächlich im Gebiet der unteren Extremitäten lokalisierten, was doch immerhin auf einen gewissen Zusammenhang mit den Erscheinungen der bei dem Knaben beobachteten diphtherischen Lähmung hinweisen dürfte. Daß sich solche Zustände zunächst regelmäßig morgens im Halbschlaf zeigten, könnte die Folge einer sich in gleicher Weise wiederholenden Traumsuggestion gewesen sein, die ihre Wirkung verlor, sobald das Kind durch Anrufen seinen krankhaften Vorstellungen entrissen wurde.

Schließlich scheint sich infolge der heftigen gemütlichen Erregungen und ängstlichen Befürchtungen die Vorstellung einer dauernden krankhaften Veränderung in dem Gemüt des Kindes festgesetzt zu haben, da sich Lähmungserscheinungen und Kontrakturen auch im wachen Zustande zeigten. Daß dabei suggestive Fragen von seiten der Eltern und des Arztes, der eine Erkrankung des Rückenmarks befürchtete, eine große Rolle spielten, ist wohl sicher anzunehmen. Einmal sehen wir eine Verschlimmerung des Zustandes direkt im Anschluß an eine Frage der Mutter.

Bemerkenswert ist noch das Bestreben des Kindes, die Eltern jedesmal auf das Auftreten der Zuckungen und wunderbaren Stellungen aufmerksam zu machen. Es erklärt sich ohne weiteres aus dem Hang hysterischer Kinder, durch etwas Besonderes aufzufallen, sich „interessant zu machen."

Das plötzliche Verschwinden aller Symptome während der Reise beweist auch in diesem Falle wieder, daß unter manchen Umständen allein die Ablenkung der Gedanken von den krankhaften Vorstellungen durch neue, das Kindergemüt fesselnde Eindrücke genügt, um eine Heilung zu bewirken.

Fall 8. Georg M. Sohn eines Hufschmieds aus Kronenberg. 9 Jahre alt. Aufgen. am 27. IV. 1899.

Anamnese: Die Mutter starb an Herzleiden und Ascites, als Pat. $^3/_4$ Jahr alt war. Der Vater lebt und ist gesund. Aus der zweiten Ehe des Vaters starben drei Kinder im ersten Lebensjahr, ein Kind lebt gesund. Pat. kam rechtzeitig zur Welt, wurde $^1/_2$ Jahr gestillt, zahnte ohne Schwierigkeit und lief mit 1 Jahr. Mit 6 Jahren machte er Masern durch. Ende

Februar dieses Jahres Beginn der jetzigen Erkrankung. Den Angehörigen fiel es eines Abends auf, daß Pat. starr vor sich hinblickte und auf Befragen nur stotternd antwortete. Der Knabe gab nachträglich an, daß er gemerkt habe, „wie etwas von unten heraufgekommen sei.“

An den zwei folgenden Tagen konnte er nach mehrmaligem Anstoßen die Worte herausbringen. Am 3. Tage bestand vollständige Unmöglichkeit zu sprechen. Erst am 9. Tage nach Eintritt der Störung konnte er nach mehrmaligem Ansetzen die Worte herausbringen. Wegen dieses Stotterns gewöhnte Pat. sich an, die Worte bei Inspiration auszusprechen und hat diese Redeweise bis jetzt beibehalten.

Status: Leidlich ernährter Knabe mit mäßig entwickelter Muskulatur. Keine Drüsen, Schädel plump. Keine Asymmetrien. Mund leicht geöffnet. Zunge belegt. Zäpfchen gerötet. Beide Tonsillen stark hypertrophisch, berühren sich bei Phonation fast in der Medianlinie. Atmung nicht beschleunigt. Lungenbefund: Rechte untere Hälfte schleppt bei der Atmung nach. Ueber dem rechten Unterlappen tympanitisch gedämpfter Schall mit unbestimmtem Atemgeräusch, verstärktem Exspirium und knisternden Rhonchi. Herz: Aktion irregulär, sonst o. B. Uebrige Organe o. B. Nervensystem: Motilität, Sensibilität, Reflexe o. B. Keine Stigmata. Sprache: Pat. besitzt volles Wortverständnis, bezeichnet vorgehaltene Gegenstände ohne Schwierigkeit. Er muß aber, um ein Wort auszusprechen, mehrmals ansetzen. D - d - d - du. L - L - Lam - p - pe. Dieses Ansetzen erfolgt jedoch nicht in der raschen, nervös erregten Weise des Stotterns, sondern in etwas längeren Zeitabschnitten, wie überhaupt Pat. sehr langsam artikuliert. Er sucht dann gewöhnlich zu einem Hilfsmittel, der inspiratorischen Sprache, zu greifen. Kehlkopfuntersuchung ist wegen der mangelhaften Gewöhnung des Pat. und wegen der hypertrophischen Tonsillen nicht gut möglich.

Ord: Pat. wird zunächst angehalten, die Vokale langsam und korrekt auszusprechen.

Verlauf: 28. IV. Pat. spricht heute etwas stockend und mit eigentümlich singender Stimme, aber ohne zu stottern und ohne mehrfach anzusetzen. Hier Ende der Krankengeschichte. Der Knabe ist am 18. V. entlassen worden.

Ergänzung zur Anamnese: Die Familiengeschichte bietet nichts Besonderes. In der Familie des Vaters besteht Neigung zu Lungenentzündung, der Vater machte sie 3 mal durch. Georg wurde von der Großmutter, einer noch jetzt gesunden, geistig regen Frau, erzogen. Die Familie wohnt in einem ganz abgelegenen kleinen Gebirgsdorf. Die Verhältnisse sind sehr ärmlich, die Kinder sehen verwahrlost, aber ganz gesund aus.

Der Knabe soll sich körperlich und geistig gut entwickelt haben. Er bot niemals nervöse Erscheinungen, zeigte weder Eigensinn noch Launen. Kurz vor Beginn der Sprachstörung hatte er eine ziemlich heftige Lungenentzündung durchgemacht, (siehe Lungenbefund) und befand sich noch in der Rekonvaleszenz, als man ihn eines Abends mit starrem Blick im Bette liegend fand. Auf die Frage: „Kannst Du denn nicht sprechen?“ schüttelte er mit dem Kopfe. Die Großmutter rief jammernd ihre Leute zusammen, und man

ließ sofort den Arzt holen. Georg brachte keinen Laut heraus, konnte auch nicht flüstern, krächzte nur ein wenig „hinter sich“. Er mußte sich schriftlich mit seiner Umgebung verständigen. Allmählich lernte er wieder etwas sprechen, aber nur bei Inspiration. Die verschiedensten Aerzte wurden befragt. Da der Zustand sich nicht besserte, kam er nach Heidelberg.

Katamnese: Seit dem Aufenthalt in der Klinik war alles gut. Georg blieb gesund, war in der Schule stets der erste, lernte sehr leicht, war lebhaft und konnte durch sein munteres Wesen die ganze Umgebung aufheitern. Nach der Schule arbeitete er beim Vater als Schmied, war tüchtig in der Arbeit und bestand nach 3 Jahren Lehrzeit die Gesellenprüfung mit gutem Erfolg. Im Frühling 1909 hatte er wieder Lungenentzündung, die ohne Sprachstörungen oder sonstige nervöse Erscheinungen verlief. Jetzt ist er beim Militär.

Epikrise:

Bei diesem erblich nicht belasteten Knaben treten psychogene Störungen gleich nach einer heftigen Lungenentzündung auf. Man darf also annehmen, daß noch eine allgemeine körperliche Erschöpfung bestand, die die Entstehung hysterischer Erscheinungen begünstigte.

Sprachlosigkeit, wie sie anfangs in diesem Falle beobachtet wurde, soll meistens infolge von heftigem Schreck auftreten. (Bruns, Binswanger u. a.) Hier ist nichts von einer vorausgehenden Gemütserregung zu erfahren. Ebenfalls läßt sich die Sprachstörung nicht mit einem durch die Lungenentzündung organisch bedingten Symptom in direkte Beziehung setzen.

Dagegen weist uns die Bemerkung des Patienten, daß er gefühlt habe, „wie etwas von unten herauf gekommen sei“, darauf hin, daß wir es hier vielleicht als erste Erscheinung der Hysterie mit einer Globusempfindung zu tun haben, zu deren Auslösung bei der erhöhten Erregbarkeit des Knaben irgend ein kleiner Reiz von der Lunge oder den hypertrophischen Tonsillen her genügt haben könnte. Störungen der Artikulation infolge eines Krampfes der Kehlkopfmuskulatur sollen nach Binswanger (l. c. p.) häufiger beobachtet werden[1]), und es liegt demnach nahe, auch hier einen solchen Zusammenhang anzunehmen. Daß bei der Entstehung der Sprachlosigkeit auch die Angstgefühle, die infolge der durch den Krampf verursachten quälenden und schmerzhaften Empfindungen fast regelmässig auftreten sollen (Binswanger l. c. p. 562.), eine Rolle spielen können, ist sehr wahrscheinlich.

In diesem Zustand der Angst und des Unvermögens, ein Wort herauszubringen, wird die Großmutter den Knaben gefunden haben. Während ein beruhigendes Wort vielleicht die ganze krankhafte Erscheinung sofort zum Verschwinden gebracht hätte, mag sich durch die angstvolle Frage der Großmutter (s. Ergänzung zur Anamnese) und die nachfolgende Aufregung der übrigen Familie die bloße Vermutung des Knaben, nicht mehr sprechen zu können, zur Gewißheit gesteigert haben. Jedenfalls beruht der protrahierte Verlauf der Erkrankung sicherlich in der Hauptsache auf Suggestion von seiten der Familie und der Aerzte.

---

[1]) Salge, Bruno: (Hysterie bei Kindern. Inaug. Dissert. Berlin 1898) berichtet ebenfalls von einem Fall, wo bei einem 10 jährigen Mädchen infolge von Krampf der Schlundmuskulatur Sprachlosigkeit beobachtet wurde, die eine Stunde dauerte.

Interessant ist noch die später beobachtete inspiratorische Sprechweise des Knaben. Salge, der eine ganz analoge Erscheinung beschreibt[1]), deutet sie damit, daß das Kind, da ihm die Fähigkeit, sich der Sprachmuskeln in der gewohnten Weise zu bedienen, verloren gegangen war, jetzt versucht, einen anderen Sprachmechanismus anzuwenden.

Das hysterische Stottern, wie es in der Klinik beobachtet wurde, soll häufiger als Uebergangsetappe zwischen dem hysterischen Mutismus und der Heilung beobachtet werden. (Binswanger l. c. p. 430.)

Die Sprachstörungen scheinen in der Klinik bei sachgemäßer Behandlung bald verschwunden zu sein. Die spätere Entwickelung des Knaben ist in jeder Beziehung eine normale.

Fall 9. Ida N. Fuhrmannstochter aus Burbach. 9 Jahre alt. Aufgenommen am 14. XII. 1897.

Anamnese: Von Seiten beider Eltern tuberkulös belastet. Die Eltern selbst sind gesund. Kein Potatorium. Die einzige Schwester hat eine Atrophie der rechten Gesichtsseite.

Pat. wurde rechtzeitig geboren, künstlich ernährt, war stets gesund. Im Mai 1897 traten Anfälle plötzlicher Erregung und Atemnot auf, verbunden mit Klagen über Schwindel, Herzklopfen, mangelhaftes Sehvermögen und Todesangst. Die Erscheinungen gingen nach Luftveränderung zeitweise zurück. In den letzten Tagen waren die Anfälle wieder häufiger. Heiserkeit wurde nie beobachtet. Starke Abmagerung.

Status: Schlankes mageres Mädchen mit blassen Schleimhäuten und leichten Drüsenschwellungen. Etwas flacher Thorax. Sonst o. B. Nervensystem: Die ganze linke Gesichtshälfte erscheint etwas kleiner. Rechte Nasolabialfalte entschieden weniger scharf ausgeprägt als die linke. Links Blepharospasmus. Außerdem im Gesicht, vorwiegend links, einzelne plötzliche unwillkürliche Zuckungen. Zunge, Sprache, Schlucken normal. Keine Rachenanaesthesie. An Rumpf und Extremitäten sind Motilität und Kraft intakt. Doch macht sich eine gewisse motorische Unruhe bemerkbar. In den Händen zeitweise Bewegungen, die an choreatische erinnern. Sensibilität normal. Keine Ovarie. Keine Mastodynie. Reflexe schwach. Intellektuell dem Alter entsprechend entwickelt. Unruhiges, geniertes Wesen. Weinerliche gereizte Stimmung. Allgemeinbefinden: Kein Fiebr, Schlaf und Appetit gut.

Ord.: Suggestion. Valeriana. Kühle Abwaschungen.

Verlauf: 15. XII. Heute abend unruhig, glaubt, nicht atmen zu können, will fortlaufen, meint, sterben zu müssen, weint laut. Dabei objektiv keine Störung. Auf energisches Zureden und Strafandrohung schwindet der Zustand bald. Schlaf ruhig.

16. XII. Kein Anfall.

24. XII. Anfälle nicht wieder beobachtct.

---

[1]) Es handelte sich um einen Fall von Hysterie nach Stoß an den Kopf. Es wurde ebenfalls zuerst Mutismus beobachtet, dann inspiratorische Sprechweise, dann Stottern.

1. I. Blepharospasmus geringer, tritt aber immer noch auf, besonders beim Blick ins Helle.

3. I. In der Augenklinik wird keine Ursache für den Blepharospasmus festgestellt. Albuminurie. Bettruhe.

25. I. Heute Gewichtszunahme. Blepharospasmus völlig geschwunden. Albuminurie besteht seither. Keine Zylinder.

31. I. Entlassung.

Ergänzung zur Anamnese: Außer der schon in der Anamnese erwähnten Disposition zn Phthisis pulm. bietet die Familiengeschichte nichts Bemerkenswertes. Der Vater ist sehr ruhig und solide. Die Mutter ist eine kluge, lebhafte und verständige Frau. Die Schwester ist Lehrerin und ganz gesund. Die halbseitige Gesichtsatrophie soll die Folge einer Zahnerkrankung sein.

Ida war ein ruhiges, fast zu ruhiges Kind. Ihr Benehmen war zurückhaltend und schüchtern, am liebsten spielte sie für sich allein. In der Schule war sie tüchtig und fleißig. Die Anfälle von Atemnot und Herzklopfen traten in der Rekonvaleszenz nach Masern auf. Zuerst wurde sie unruhiger und klagte über Atemnot, später hatte sie lebhafte Angstgefühle und rief schon vorher: „Ach, wäre nur der Herr Doktor da, es kommt schon wieder.“ Sie lief dann auf die Mutter zu, an die sie sich krampfhaft festhielt, bis sie ruhiger wurde. Später traten Zuckungen auf, die oft ¼ Stunde dauerten. „Es zuckten die Augen, die Nase, dor ganze Körper.“ Wenn man sie ins Freie brachte, wurde sie ruhiger. Nachher schwitzte sie stark, schlief aber ruhig. Während der Anfälle klammerte sie sich immer an jemanden an, stürzte nie hin, war nie bewußtlos. Sie gab aber auf Fragen keine Antwort, weinte nur viel. Die Anfälle kamen gewöhnlich abends, wenn sie häufiger auftraten, auch nachts. Das früher kräftige Mädchen magerte zusehends ab. Die Mutter gibt an, daß man das Kind während der Krankheit nicht verwöhnt habe. Später habe man sich allerdings wegen der Anfälle große Sorge gemacht; in den letzten Wochen, bevor das Kind in die Klinik kam, habe die ganze Familie vor Angst und Aufregung nicht mehr geschlafen.

Katamnese: Von Heidelberg kam das Kind gesund zurück. Es wurde viel ins Freie geschickt und entwickelte sich sehr gut. Nach Beendigung der Schule besuchte das Mädchen die Haushaltungsschule in Baden-Baden, arbeitete fleißig und klagte weder über Atemnot noch über Herzklopfen. Die Periode war stets regelmäßig. Jetzt ist das Mädchen 21 Jahre, führt den elterlichen Haushalt, ist immer noch still und zurückhaltend, aber freundlich und angenehm im Umgang. Von einem empfindlichen, launenhaften oder wehleidigen Wesen kann keine Rede sein.

Epikrise:

In diesem Falle ist der Zusammenhang der hysterischen Erscheinungen mit organisch begründeten Krankheitssymptomen ganz besonders deutlich. Körperlich krankhafte Zustände, wie Atemnot und Herzklopfen, die infolge von Laryngitis und Endocarditis im Abheilungsstadium der Masern gar nicht seltene Erscheinungen sind, haben vermutlich das sonst ruhige, kluge, aber

nun durch die fieberhafte Erkrankung erschöpfte Kind beunruhigt und geängstigt und so auf dem Umwege der Affektwirkung die ersten Anfälle veranlaßt. Später hinzutretende motorische Störungen. wie sie zunächst in den Gesichtsmuskeln beobachtet wurden, sind vielleicht ursprünglich auf eine durch die Konjunktivitis bedingte Lichtscheu, die ein häufiges Zukneifen des Auges veranlaßte, zurückzuführen und erlangten durch suggestive Fragen der ängstlichen Mutter weitere Dimensionen und eine große Hartnäckigkeit, so daß sich ein Blepharospasmus besonders lange stationär erhielt.

Aus dem Bericht der Mutter geht ferner hervor, daß sich am Ende das ganze Interesse der Familie um das kranke Kind drehte. Damit wird wohl das allmähliche Dominieren rein psychischer Symptome, wie Weinen, Reizbarkeit, Todesangst etc. erklärt werden können, da die Reizbarkeit des Gemüts durch ein Uebermaß von Nachgiebigkeit und Vielgeschäftigkeit während der Krankheit ganz besonders gesteigert werden soll. (Strohmayer S. 118.)

Für diese letzte Behauptung ist der folgende Fall ein vorzügliches Beispiel.

Fall 10. Jesepha B. Bürgermeisterstochter aus Elmstein. 10¾ Jahre alt. Aufgen. am 19. VII. 1898.

Anamnese: Die Familiengeschichte bietet nichts Besonderes. Die Eltern sind gesund. Von 10 Kindern starben 3 an Ikterus und Lungenentzündung. Pat. ist das jüngste Kind. Sie wurde von der Mutter 1 Jahr lang gestillt. Mit 2 Jahren machte sie eine leichte Lungenentzündung durch und im letzten Frühling Keuchhusten, der bis Pfingsten dauerte. Gleich nachher traten plötzlich reißende Schmerzen im Leib auf, später im Kreuz, im Bein und Kopf, an den verschiedensten Stellen zu gleicher Zeit. Sie wurde reizbar, hatte heftige Zornausbrüche und zeigte eine ganz unbegründete Empfindlichkeit. Die Zustände verschlimmern sich abends. Wenn jemand herantritt und sich mit der Patientin beschäftigt, schlägt sie mit Armen und Beinen um sich. Sonst liegt sie ruhig da mit geschlossenen Augen, fest aufeinander gebissenen Zähnen, einige Male hatte sie Schaum vor dem Mund. Die Anfälle dauern ¼—½ Stunde. Nachher besteht angeblich völlige Amnesie. Nach dem Anfall steht Pat. ruhig auf und kann wieder herumgehen. Auch am Tage nach dem Anfall Wohlbefinden. Seit 14 Tagen zeigt Pat. in der Nacht große Unruhe. Sie hat öfters Gesichtshalluzinationen. „Der Handwerksbursche will mich totschlagen, oben steht er“. Keine Gehörshalluzinationen. Es sollen Schmerzen in beiden Hand- und Kniegelenken bestehen. Lähmungen sind nie beobachtet.

Status: Kräftig gebautes, gut entwickeltes Mädchen. Organe gesund. Kraft und Motilität intakt. Keine Hyp.- und Anästhesien. Schmerzempfindlichkeit anscheinend etwas gesteigert. Bei Druck auf die Ovarialgegend beiderseits heftige Reaktion, aber kein Anfall. Gelenke nicht schmerzhaft. Sonst keine Druckpunkte. Gaumenreflex stark herabgesetzt, sonst Reflexe o. B.

Ord.: Jeden Tag 2mal Uebergießungen. Valeriana.

Verlauf: 3. VIII. Entlassen. Keine Anfälle. Keine Klagen. Jede weitere Notiz fehlt.

Ergänzung zur Anamnese: Erbliche Belastung liegt angeblich nicht vor. Als jüngstes Kind wurde Patientin sehr verzogen. Trotzdem zeigte sie weder Eigensinn, noch aufgeregtes und reizbares Wesen, sondern war heiter und verträglich, lebhaft und eine gute Schülerin. Während des Keuchhustens, der lange anhielt und sehr heftig war, besonders aber, als in der Rekonvaleszenz Schmerzen geäußert wurden, ist anscheinend jeder Laune des Kindes nachgegeben worden. Es kam von einem Arm auf den andern, weil es im Bett nicht zu halten war, alles mußte sich nach dem Willen der kleinen Patientin richten. Schließlich soll es zu furchtbaren Aufregungszuständen gekommen sein, in denen das Kind um sich schlug, bis an die Decke sprang, schrie: „Da sitzt einer, da sitzt einer, da kommt einer". Die Anfälle, die zuletzt täglich mehrere Male ohne besondere Ursache kamen, regten die Dorfbewohner so auf, daß man das Kind fortschaffen mußte.

Katamnese: In Heidelberg und später zu Haus sollen sich nervöse Störungen nie mehr gezeigt haben. Die Periode ist regelmäßig und schmerzlos. Vorübergehend litt das Mädchen an Bleichsucht und mußte wegen starker Magenschmerzen 3 Wochen liegen, war aber seitdem stets gesund.

Das Mädchen ist jetzt 22 Jahre, macht einen sehr gesunden und kräftigen Eindruck und erzählt in ruhiger und freundlicher Weise von ihrem Leben und ihrer Arbeit im Haushalt und im Geschäft. Nach den Anfällen befragt, lächelt sie verlegen und gibt an, sich der Krankheit nicht mehr recht zu entsinnen.

Epikrise:

Von Emminghaus (l. c. p. 49) wird betont, daß der Keuchhusten oft Veränderung der Stimmung, mürrisches, reizbares Wesen und Angstzustände mit sich bringt, welche im 3. Stadium verschwinden. In unserem Fall aber traten die krankhaften Zustände in der Hauptsache erst in der Rekonvaleszenz nach einem sehr langwierigen und heftigen Keuchhusten auf. Vermutlich hatten wir es im Beginn mit den gerade bei dieser Krankheit sehr oft beobachteten und auf den Verlauf derselben manchmal ungünstig einwirkenden nervösen Erscheinungen zu tun, die wohl in erster Linie die Folge einer zu großen Geduld und Schonung der Umgebung den Launen des kranken Kindes gegenüber sind. Bei fortgesetzter unrichtiger Behandlung verlor aber das Kind immer mehr die Herrschaft über sich selbst, und es kam zu einer krankhaft gesteigerten Affekterregbarkeit, die Strohmayer (p. 19) als den „Hauptgrundpfeiler der Kinderhysterie" bezeichnet. Während dieser Attacken führte das Kind außerordentlich komplizierte Bewegungen aus, schrie maßlos, schlug im blinden Zorn um sich, sobald man sich ihm näherte und bewegte sich manchmal in deliranten Vorstellungen. Das Bewußtsein war dabei anscheinend stark alteriert. Jolly [1]) weist darauf hin, daß dabei doch gewöhnlich gewisse Wahrnehmungen aus der wirklichen Umgebung gemacht werden, da sich „die Angriffs- und Abwehrbewegungen, die die Patienten ausführen, mit Vorliebe gegen die nächsten Angehörigen,

1) Jolly, F. Ueber Hysterie bei Kindern. Berl. klin. Wochenschrift Nr. 34. 1892.

die sich mit großer Zärtlichkeit um sie bemühen, richten, daß sie dagegen fremde Personen, wenigstens solange sie noch nicht erprobt haben, ob sie die Geduld zeigen, wie die Angehörigen, zu vermeiden suchen.“ Diese Schilderung paßt durchaus auf unseren Fall, denn in der Klinik, also in der neuen Umgebung und bei sachgemäßer Behandlung, wurden die Anfälle nie beobachtet und blieben dann auch in der Folge aus. Uebrigens bemerkt Jolly auch, daß diese Zustände meistens sehr leicht zu beseitigen sind.

d) Nach chronischen Krankheiten. (Fall 11).

Der nächste Fall von kindlicher Hysterie nach chronisch körperlicher Krankheit schließt sich aetiologisch insofern eng an die Fälle der vorhergehenden Gruppe an, als die Beziehungen der psychogenen Erscheinungen zu den körperlichen Leiden des Kindes auch hier unverkennbar sind. Nur treten die hysterischen Störungen weniger rein in die Erscheinung, sondern bewahren scheinbar meistens eine größere Abhängigkeit von den organischen Symptomen, ohne doch völlig mit ihnen zu verschmelzen. Damit gewinnt dieser Fall eine direkte Beziehung zu einer später zu besprechenden Gruppe von Fällen, die wir als „chronisch körperliche Kranke“ deshalb bezeichnet haben, weil die psychogenen Krankheitserscheinungen von den körperlichen überhaupt nicht zu trennen sind, sondern lediglich als Ausdruck derselben gelten dürften.

Fall 11. Käthe W. Handwerkerstocher aus Heidelberg.

War 2 mal in der Klinik mit 10 und 11 Jahren. Der erste 5tägige Aufenthalt ergibt nach der Krankengeschichte im Juni 1894 nichts, was auf Hysterie schließen läßt. Doch geht aus der Krankengeschichte des Jahres 1895 mit Sicherheit hervor, daß die damaligen Anfälle von Kopf- und Leibschmerzen mit den späteren hysterischen Anfällen in Zusammenhang stehen. Ich gebe deshalb die erste Krankengeschichte kurz wieder:

Anamnese I. Juni 1894. Vater gestorben an Darmkrebs, Mutter und 3 Geschwister gesund. Pat war immer klein und schwächlich, aber gesund. Sie machte mit ¼ Jahr den blauen Husten, mit 4 Jahren Masern durch. Sie war von jeher sehr aufgeregt, soll als kleines Kind häufig Spirituosen bekommen haben. Seit 3 Wochen klagt sie oft über Kopf- und Leibschmerzen. Man beobachtet seit längerer Zeit Abmagernng und welkes Aussehen. Der Stuhlgang ist bald angehalten, bald diarrhoisch. Der Appetit ist gut.

Status: Klein, leidlich gut entwickelt. Skrophulöser Habitus. Matter Gesichtsausdruck. Blasse Haut- und Schleimhäute. Leicht hypertrophische Tonsillen. Keine Oedeme. Geschwollene Submaxillardrüsen. Spuren früherer Rachitis. Etwas langer, flacher Thorex. Sonst nichts Auffallendes.

Verlauf: Nach Diät, Milch, kühlen Abwaschungen schon am nächsten Morgen durchaus normaler Stuhl. Kein Fieber. Appetit gering. Nach Verabreichung von Chin. comp. und Strychnin Besserung des Appetits. Von nervösen Erscheinungen wird nichts berichtet. Nach 5 Tagen Entlassung.

Anamnese II: Juni 1895. Im Winter waren die Anfälle geringer, jetzt bei der Wärme treten wieder häufiger Leib- und Kopfschmerzen auf. Im letzten Vierteljahr begannen die Anfälle mit Kopfschmerzen (meistens in der Schule) und hörten auf mit Zittern der Hände, Arme und Beine. Dauer ca. 1/4 Stunde. Das Bewußtsein war erhalten. Die Hände wurden in Beugekontraktur gehalten und zuletzt unter Zittern an die Stirn geführt. Viel Kopfschmerzen über der Stirn. Die Anfälle wiederholten sich 2—3 mal in der Woche. Nach den Anfällen war Pat. sehr müde, legte sich zu Bett und schlief sofort ein.

In den letzten 2 Wochen sind die Anfälle heftiger, der ganze Körper zuckt, Arme und Beine werden an den Leib gezogen. Der Fuß ist stark gebeugt. Arme und Beine zittern.

Am Tage vor der Verbringung in die Anstalt trat ein Anfall während des Mittagessens auf. 1 Stunde vorher hatte Pat. über besonders heftige Kopfschmerzen geklagt. Der Blick wurde plötzlich starr. Pat. fixierte einen Punkt, gab auf Fragen zerstreut Antwort, wurde bleich, zitterte mit den Armen. Die Hände lagen dabei im Schoß, drehten sich dann herum und wurden an die Stirn geführt. Dauer 1/4 Stunde. Nach dem Anfall war Pat. sehr angegriffen, legte sich zu Bett, schlief aber diesmal nicht. Solche Anfälle wiederholten sich dann noch 2 mal. Das Kind ist sehr nervös und aufgeregt, zittert bei jedem Schreck heftig, hat große Angst vor Gewitter und Feuer. Im Alter von 2 Jahren soll sie mal aus dem Schlaf aufgewacht und sehr ängstlich gewesen sein.

Status II: Occipital-, Submaxillar- und Inguinaldrüsen bis nahezu Bohnengröße geschwollen, sonst wie Status I. Nervensystem: Motilität und Sensibilität durchaus normal, keine sensorischen Störungen. Patellarreflexe l > r, sonst Reflexe o. B.

Psyche: Das Kind macht einen etwas nervösen, aufgeregten Eindruck, der Gesichtsausdruck ist durchaus nicht stupid, eher schelmisch und schlau. Ord: leichte Kost. Hydrotherapie.

Verlauf: 24. VI. Um 3/48 Uhr heftige Kopfschmerzen. Um 8 Uhr Anfall: Das Kind fing an zu weinen und zu zittern. Es führte die geballten Hände mit eingeschlagenem Daumen an die Stirn und preßte sie so krampfhaft, daß es selbst mit großer Anstrengung nicht möglich war, die Hände wegzuziehen. Die Beine wurden bewegt, zeigten keine Krämpfe, nur die Zehen standen in Beugekontraktur. Die Pupillen waren weit und beiderseits gleich. Etwa 5 Min. lang Zähneklappern. Das Gesicht war stark gerötet, der Puls schwach und klein. Dauer ca. 15 Minuten. Auf Fragen wurden vernünftige Antworten gegeben, das Bewußtsein war nicht gestört. Nach dem Anfall Temp. 35,7, obwohl das Kind zugedeckt war. Die Kopfschmerzen dauerten noch längere Zeit fort. Pat. schlief trotzdem die ganze Nacht.

1. VII. Kein Anfall mehr. Euphorie. Die Uebergießungen morgens werden gut vertragen.

20. VII. Stat. idem. Kein Anfall. Entlassen.

Ergänzung zur Anamnese: Der Vater war schon lange vor der Geburt der Patientin magenleidend und fing infolgedessen an, viel Schnaps zu trinken. Dadurch wurde er aufgeregt und gereizt, besonders gegen seine Frau, gegen die Kinder war er gut. Später soll er seiner Frau gegenüber Verfolgungsideen geäußert haben. Er glaubte, daß die Geistlichkeit oder die Freimaurer ihn vergiften wollten, roch mittags an den Tellern und ordnete an, daß man die Teller nur spülen aber nicht abwischen solle. Diese Zustände dauerten bis zu seinem Tode. Die Mutter will früher gesund gewesen sein, infolge der vielen Sorgen sei sie aber ängstlich und aufgeregt geworden. Jetzt leidet sie an Knochentuberkulose.

Um die Kinder konnte sich die Mutter nie viel kümmern, da ihr die Zeit dazu fehlte. Sie hatte 9 Kinder, die alle gesund zur Welt kamen, 5 starben klein, ohne nachweisbare Ursache. Käthe ist das 8. Kind. Von jeher war sie zart und unruhig, litt aber nicht an Krämpfen. Mit 2 Jahren wachte sie nachts auf und schrie furchtbar. Sie wollte nicht wieder ins Bett, bevor sie ausgetobt hatte. Später litt sie häufig an solchen nächtlichen Angstzuständen. Als 8 jähriges Mädchen schreckte sie nachts auf und rief „meine Hand, meine Hand zubinden". Eine Ursache für solche Zustände weiß die Mutter nicht. Auch sonst war Käthe „arg schreckhaft". Beim Gewitter kroch sie in den dunkelsten Winkel. Niemand im Hause durfte arbeiten. Sie rief: „Seid doch still und betet". Beim Feuerwerk wagte sie nicht draußen zu bleiben. Sie war lebhafter als die Geschwister, aufgeregt und sehr eigensinnig. Sie schrie oft ohne rechten Grund. Dazwischen war sie ausgelassen heiter, sang viel, war „pfiffig und ein wenig keck". Sie konnte „arg flattieren" und wurde deswegen vom Vater sehr verzogen. Sie mußte immer um ihn sein, er nahm sie abends mit ins Bett, wenn sie es wollte, er soll ihr hier und da auch Spirituosen gegeben haben. Sie hatte von jeher ein bleiches Aussehen und litt viel an Kopfschmerzen. — Die Anfälle traten zuerst in der Schule auf. Die Lehrerin habe geglaubt, daß das Kind sich verstelle, das sei aber nicht der Fall gewesen. Einmal wurde es von der Schule nach Haus gebracht, hielt die Hände zusammengeballt, so fest und steif, daß sie kaum geöffnet werden konnten. Nach kalter Abwaschung trat Besserung ein. Im übrigen siehe Anamnese II.

Katamnese: Nach Entlassung aus der Klinik traten noch vereinzelt Anfälle auf, verloren sich dann aber allmählich. Ueber Kopfschmerzen wurde noch viel geklagt. Während der Pubertätsentwicklung zeigten sich keine weiteren Störungen, Käthe blieb aber aufgeregt und schreckhaft. Nach der Schule war sie 7 Jahre in einem Kurzwarengeschäft tätig und arbeitete tüchtig. Mit 20 Jahren hatte der Arzt Verdacht auf Lungentuberkulose und schickte sie ins Erholungsheim. Nach ca. 3 Monaten äusserte sie plötzlich große Sehnsucht nach Haus und bestand eigenwillig darauf, daß man sie heim schicke. Sie gebärdete sich so, daß man ihr den Willen tun musste. Nach 3 tägigem Aufenthalt bei der Mutter kam sie ruhig in die Anstalt zu-

rück und sagte, daß sie hätte sterben müssen, wenn man sie nicht einige Tage fortgelassen hätte. Eine ähnliche Szene soll sie auch als Kind in der Luisenheilanstalt aufgeführt haben.

Mit 23 Jahren kam Pat. auf ihren Wunsch, nachdem ihr endlich ein Gesundheitsattest ausgestellt werden konnte, ins Kloster nach Oberbrunn, um sich der Krankenpflege zu widmen. Da sie dort noch zu schwach für den Beruf gefunden wurde, schickte man sie nach einer schriftlichen Aussage der Oberin zunächst nach Dossenheim, wo sie in der Kleinkinderschule arbeitete und sich dort in 2 Jahren so weit kräftigte, daß man sie ins Kloster zurücknehmen konnte. Sie soll auch künftig nicht für den Krankendienst verwendet werden, da sie jetzt allerdings gesund, aber noch zart ist, sondern in der Haushaltung und Kinderpflege. „Was ihren Charakter, ihre Opferwilligkeit und Fähigkeit anbelangt", schreibt die Oberin, „so kann ihr nur das größte Lob gespendet werden, sie gibt sich für alles mit Freudigkeit her" usw.

Der Mutter gegenüber soll Pat. einmal geäußert haben, daß sie wohl nie ganz gesund und vernünftig geworden wäre, wenn sie sich nicht entschlossen hätte, ernstlich zu arbeiten.

Der Arzt, der sie von jeher kennt, bestätigt, daß sich seit der Kindheit keine hysterischen Symptome mehr gezeigt haben, und daß sein Verdacht auf Tuberkulose bis jetzt nicht erwiesen sei. Sie sei körperlich gesund, aber zart.

Epikrise:

Bei diesem Kinde ist die psychopathische Veranlagung eine besonders schwere (s. Erg. z. Anamn.). Schon in der frühesten Kindheit zeigten sich nervöse Störungen, Unruhe, eine übergroße Aengstlichkeit und Schreckhaftigkeit. Die nächtlichen Angstzustände dürften vielleicht teilweise zurückzuführen sein auf kleine Gaben von Alkohol, die dem Kinde vom Vater gegeben wurden (s. Erg. z. Anamn.) und die „Anfälle von nächtlichem Aufschrecken (Pav. noct.) mit angstvollen Sinnestäuschungen" auslösen sollen. (Hermann l. c. p. 163) Auch sonst mag eine unvernünftige Behandlung von seiten des dem Trunke ergebenen Vaters, der die Patientin wegen ihres kecken, frischen und zärtlichen Wesens den andern Geschwistern vorzog und allen ihren Launen nachzugeben pflegte, die Nervosität des Kindes und eine spätere hysterische Veranlagung sehr begünstigt haben. Körperlich war Patientin von jeher schwächlich, machte schon früh heftige Erkrankungen durch und litt viel an Kopfschmerzen. In der letzten Zeit vor der Erkrankung war sie blaß und magerte ab.

Daß ein ursächlicher Zusammenhang zwischen den echten körperlichen Störungen, besonders den heftigen Kopf- und Leibschmerzen, welche in der Klinik einmal mit Erfolg behandelt wurden (s. Verlauf I.), sich aber nach Entlassung sofort wieder einstellten (s. Anamn. II.), und der Entwicklung hysterischer Phänomene besteht, geht aus der Krankengeschichte mit Sicherheit hervor. Eine eigentliche affektive Ursache ist dagegen nicht deutlich zu erkennen, beachtenswert ist aber immerhin die Tatsache, daß die psychogenen Zustände sich zuerst in der Schule zeigten, weil der Schulbesuch besonders für nervöse und schwächliche Kinder die dem Unterricht, sei es

infolge von Unaufmerksamkeit oder leichter Ermüdbarkeit, nicht recht zu folgen vermögen, mit Gemütserregungen mannigfacher Art verknüpft zu sein pflegt. Hermann (l. c. p. 84) spricht von einer „Flucht in die Krankheit, die sich dem Schulkind oft als bequemes Mittel erweise, um sich einer Arbeit oder Strafe zu entziehen“.

Daß auch die späteren komplizierteren Attacken meistens durch echte körperliche Störungen beeinflußt wurden, ist wahrscheinlich. Die körperliche Untersuchung während eines Anfalls in der Klinik ergab einen schwachen Puls und auffallend niedrige Temperatur, was für einen Zustand wirklicher körperlicher Schwäche sprechen dürfte. Die übrigen Symptome waren zweifellos psychogener Natur (s. Verlauf).

Mit der Kräftigung des Allgemeinzustandes scheinen sich die hysterischen Erscheinungen allmählich verloren zu haben. Starke Erregbarkeit und Schreckhaftigkeit, vor allem aber ein unbeherrschtes Gefühlsleben, das sich unter Umständen jeder vernünftigen Ueberlegung unzugänglich erwies (Heimweh im Erholungsheim), blieben zunächst bestehen, führten aber nicht wieder zur Auslösung psychogener Symptome.

Die günstigen Aussagen der Oberin über den Charakter des Mädchens und ihre Tüchtigkeit im Beruf, berechtigen wohl trotz noch bestehender nervöser und körperlicher Schwäche zu der Annahme, daß das Mädchen auch in Zukunft von hysterischen Zufällen verschont bleiben wird.

e) Unbekannte Ursache. (Fall 12—14.)

Bei den nächsten 3 Fällen konnte eine Ursache zur Erkrankung mit Sicherheit nicht mehr festgestellt werden, es läßt sich aber auf Grund analoger oder ähnlicher Beobachtungen bei hysterischen Kindern vermutungsweise aus den Krankheitssymptomen auf die Aetiologie schließen. So dürfte es sich, wie wir sehen werden, im ersten Fall um eine traumatische Hysterie, bei Fall 13 und 14 um hysterische Erscheinungen nach körperlicher Krankheit handeln.

Fall 12. Lorenz K., Kutscherssohn aus Schwetzingen, 10 ½ Jahre alt aufgenommen am 29. III. 1900.

Anamnese: Keine neuropathische oder tuberkulöse Belastung in der Familie. 3 Kinder leben, 2 gestorben an Gichtern. Pat. war ein 8 Monatkind, wurde ½ Jahr gestillt. Mit 8 Monaten hatte er Brechdurchfall. Später Kopfekzem. Sonst gesund. Vor 4 Wochen hatte er Blasen an den Zehen und lag 14 Tage zu Bett. Vor 8 Tagen klagte er plötzlich über Schmerzen in beiden Hüften. Er hinkte stark und zog dabei das linke Bein nach. Nie Husten, guter Appetit.

Status: Magerer, bleicher Junge. Drüsen mässig geschwollen. Innere Organe o. B. Nervensystem: Sehr lebhafte Reflexe, Andeutung von Fussklonus. Rachenreflex normal. Motilität: Hinken mit dem rechten Fuß. Keine Störung der passiven Beweglichkeit. Sensibilität: Beiderseits am

hinteren Darmbeinkamm starke Druckempfindlichkeit des Knochens und der Weichteile. Sonst keine Druckpunkte. Psyche o. B., anscheinend keine Uebertreibung des Leidens.

Ord.: Kalte Uebergiessungen. Eisen. Leberthran.

Verlauf: 30. III. Bei Untersuchung durch den Chirurgen wegen Verdacht auf Coxitis wurde gänzliche Schmerzlosigkeit beider Hüftgegenden und tadelloser Gang festgestellt. Einschränkung des Gesichtsfeldes.

31. III. Gesichtsfeld normal.

1. IV. Ohne Schmerzen entlassen.

Ergänzung zur Anamnese: Der Knabe soll in seiner frühesten Kindheit zart gewesen sein, aber niemals Zeichen von Nervosität geboten haben. Er war lebhaft und klug, verträglich im Verkehr mit seinen Altersgenossen und von heiterem Gemüt. Ueber die Entstehung der Hüftschmerzen wissen die Eltern nichts Bestimmtes, der Vater meinte, Lorenz sei an dem Tage der Erkrankung auf der Messe gewesen und könne gefallen sein.

Katamnese: Nach Entlassung aus der Klinik war der Knabe nicht mehr krank. Nach Beendigung der Schule arbeitete er als Tüncher und ist jetzt in der Fremde. Er steht im 20. Lebensjahre und soll breit, kräftig und gesund geworden sein. Vom Militär ist er nur vorläufig zurückgestellt worden wegen eines noch nicht ganz geheilten Augenleidens.

Epikrise:

Aus der sehr dürftigen Krankengeschichte geht nur hervor, daß es sich um ein zartes, blasses Kind handelte, bei denen eine leicht nervöse Disposition (Tod 2er Geschwister an Krämpfen) nicht auszuschließen ist. Ueber die Ursache und den genauen Beginn der Erkrankung ist in diesem Falle nichts bekannt. Daß eine organische Erkrankung des Gelenks vorliegt, ist wohl sicher auszuschließen, da die anfänglichen Schmerzen in der Klinik sofort nachließen und schon am 2. Tag ein tadelloser Gang festgestellt wurde. Strohmayer (l. c. p. 85) macht darauf aufmerksam, daß die Erscheinungen einer echten Coxitis, Schmerzhaftigkeit, scheinbare Verkürzung des Beines und Hinken oft noch einem Fall auf das Gesäß vorgetäuscht werden. Demnach könnte der Vater mit seiner Vermutung, daß der Knabe gefallen sei, recht haben. Jedenfalls weisen der Beginn der Erkrankung, der körperliche Befund und die prompte Heilung auch mit größter Wahrscheinlichkeit auf eine traumatische Neurose hin.

Steigerung der Sehnenreflexe und Fußklonus werden bei der Hysterie der Kinder, wenn auch verhältnismäßig selten, beobachtet (Bruns l. c. p. 12), sie sind aber häufig nur „ein Effekt der psychischen Erregung und schwinden bei Beruhigung bezw. abgelenkter Aufmerksamkeit“. (Oppenheim) [1]). Die bei der ersten Prüfung festgestellte Einschränkung des Gesichtsfeldes dürfte wohl als eine Folge der Ungeschicklichkeit oder Unaufmerksamkeit des Kindes aufzufassen sein, da sich schon am nächsten Tage normale Verhältnisse vorfanden.

---

[1]) Oppenheim, H. Lehrbuch d. Nervenkrankheiten. Berlin 1908. S. 1235.

Fall 13. Martin H. Arbeiterssohn aus Heidelberg. 10 Jahre alt. Aufgenommen am 16. I. 1891.

Anamnese: Die Eltern sind gesund. Keine Geistes- und Nervenkrankheiten in der Familie. Von 11 Kindern starben 5. Kein Abort. Von den 6 lebenden Kindern ist Pat. der älteste. Er kam gesund zur Welt, litt später an Rachitis und lief erst mit 3 Jahren. Er entwickelte sich dann geistig und körperlich normal. In der Schule war er tüchtig, arbeitete viel. Er zeigte keinerlei Charakterabnormitäten. Appetit stets gut. Obstipation 11. I. abends plötzliches Unwohlsein. Er weinte laut und klagte über gürtelförmige Schmerzen im Bereich des Abdomens. Schlief nachts ruhig. Am Morgen wieder Schmerzen. Das psychische Verhalten war unverändert. Am 13. I. blieb er im Bett. Abends 1/2 5 Uhr plötzlicher Krampfanfall, der sich auf die gesamte Körpermuskulatur erstreckte. Er verlor dabei das Bewußtsein. Nachts wieder ruhiger Schlaf. An den beiden nächsten Tagen wieder Krampfanfälle. Am 16. I. morgens 7 Uhr der letzte und heftigste Anfall. Er bohrte den Kopf in die Kissen, brachte den Körper in die unglaublichsten Stellungen, verdrehte Arme und Beine. Das Bewußtsein war gestört. Er sprach nach dem Anfall nichts. Während der Anfälle bestand niemals Cyanose.

Status: Kräftiger, gut entwickelter Knabe. Keine Drüsen. Gesunde Organe. Spuren einer überstandenen Rachitis. Sprache manchmal etwas anstoßend. Sonst nichts Pathologisches. Im Stuhl werden Helmintheneier nachgewiesen.

Verlauf: Abends 4 Uhr Kopfschmerzen, auffallend still. Starrt minutenlang vor sich hin ins Leere, reagiert aber prompt auf Zuruf.

20. I. Verhalten normal. Hilft der Schwester. Gute Intelligenz.

4. II. Entlassen.

11. II. Sofort nach Entlassung Wiederholung der Anfälle in derselben Weise wie früher, nur häufiger. Nachher normales Verhalten. Am Morgen sind zu Haus 3 Anfälle beobachtet.

13. II. Kein Anfall. Nichts besonderes.

18. II. Tags auffallend ausgelassen. Bei der Abendvisite Schlag auf die Backe wegen Unart. Psychisches Verhalten nachher unverändert. Prügelte sich mit gleichaltrigen Patienten. Abends geht Pat. ungeheißen ins Bett und ist auffallend still. Gegen 1/2 8 Uhr starrt er in die Gasflamme. Der Blick ist auffallend leer. 5 Minuten später tritt ein Anfall mit Bewußtseinstrübung auf. Er reagiert weder auf Anrufe noch auf sonstige Reize. Kalte Tücher, Nadelstiche werden nicht als unangenehm empfunden. Er läßt sich durch die Haut des Oberschenkels eine Nadel stechen, ohne sich zu rühren. Dabei Schnellbewegungen des ganzen Oberkörpers, starker Opisthotonus, tonisch-klonische Krämpfe der Rückenstrecker. Schnellende klonische Bewegungen in den Unter- und Oberarmen. Spasmen in den unteren Extremitäten. Die Pupillen reagieren deutlich, aber anscheinend etwas träge. Keine Cyanose, Respiration unbeteiligt. Reflexe deutlich vorhanden. Hautreflexe anscheinend sehr lebhaft. Die krampfartigen Bewegungen in der Muskulatur dauern etwa 20 Minuten, dann allmähliches

Abklingen, schließlich nur noch Bewußtseinsstörung und Sprech- und Kaubewegungen. Nach ¾ Stunde kehrt das Bewußtsein zurück. Pat. spricht mit leiser Stimme, antwortet korrekt. Nachts unruhiger Schlaf, wirft sich viel hin und her.

19. II. Wohlbefinden. Keinerlei Schmerzen oder sonstige Beschwerden. Ueber die Vorgänge von gestern besteht völlige Amnesie. Er gibt korrekt Antworten, löst Rechenexempel rasch und richtig.

Hier schließt die Krankengeschichte ab. Die Entlassung erfolgt am 27. II.

Ergänzung zur Anamnese: Die Familiengeschichte bietet in der Tat nichts. Die Eltern sind fleißige Leute, die Mutter ist eine ruhige, freundliche Frau. Die Häuslichkeit ist behaglich. Von 12 Kindern starben drei ganz klein an Krämpfen, ein älteres Kind starb an Rheumatismus. Die sieben noch lebenden Geschwister sind gesund. Die Mutter schildert Martin als ein sehr stilles, ruhiges Kind, das gern für sich allein war. In der Schule war er fleißig und tüchtig, gegen die Geschwister verträglich und von weichem Gemüt. Reizbar oder eigensinnig war er nie. Die Krämpfe kamen ganz plötzlich, vorher hatte er nur über Magenschmerzen geklagt. Pat. selbst erinnert sich noch an den Aufenthalt in der Kinderklinik, aber nicht mehr an die Anfälle. Früher sei er einmal mit einem Brett von einem Kameraden auf den Kopf geschlagen worden und nachher bewußtlos gewesen. Ob das vor oder nach der Krankheit war, weiß er nicht mehr. Auch habe er häufiger epileptische Anfälle gesehen, weiß aber auch nicht mehr, ob das vor seiner Krankheit war.

Katamnese: Nach der Entlassung aus der Klinik war Martin nie mehr krank. Er lernte nach der Schule in einer Buchdruckerei und ist seitdem unausgesetzt als Schriftsetzer tätig gewesen. Beim Militär war er nicht, da er die nötigen Maße nicht hatte.

Er ist jetzt 28 Jahre. Sein Benehmen erinnert auffallend an das eines Epileptikers. Er erzählt mit sichtlicher Freude und mit einer Zutraulichkeit, die an die eines Kindes erinnert, von seinem Leben, und ergeht sich mit großer Gewissenhaftigkeit und Umständlichkeit in alle Einzelheiten seines Berufes. Versucht man, seine Gedanken auf andere Dinge zu lenken, so antwortet er kurz, um dann mit aller Umständlichkeit den unterbrochenen Faden seiner Rede wieder aufzunehmen. Man fühlt, daß sein ganzes Denken in der Liebe für seine Familie und seinen Beruf aufgeht. Seine Sprache ist langsam und etwas monoton, sein Gesichtsausdruck gleichmäßig freundlich und ruhig. Er macht einen sehr schwächlichen Eindruck und hat eine auffallend blasse Gesichtsfarbe, was aber möglicherweise mit seinem Beruf als Schriftsetzer zusammenhängt.

Epikrise:

In vorstehendem Fall sind nach einem kurzen Vorstadium, in dem zeitweise über plötzliche heftige Schmerzen im Abdomen geklagt wurde, anscheinend ganz unvermittelt paroxysmale Krankheitsäußerungen aufgetreten, deren affektive Ursache trotz genauer Nachforschung nicht aufzufinden ist. Die anfangs unter dem Bilde reiner Hysterie verlaufenden Anfälle wechseln

ab mit abortiven Anfällen in Form ganz kurzer Bewußtseinsstörungen, die sich von epileptischen (petit mal) Anfällen kaum unterscheiden. Einmal trat im Anschluß daran ein typischer hysterischer Anfall mit exzessiven Affektsteigerungen und komplizierten Bewegungen auf, wie wir das später bei den kombinierten Formen der Epilepsie und Hysterie wiederfinden werden (vergl. Fall 29). Der Verdacht, daß es sich hier um eine solche Erkrankung handeln könnte, hat sich insofern nicht bestätigt, als die Anfälle in der Klinik nach kurzer Zeit aufgehört zu haben scheinen und später nicht wieder beobachtet worden sind. Immerhin ist aber eigentümlich, daß der Kranke Züge bietet, die an den epileptischen Charakter erinnern.

Hinzuweisen ist noch vom pathogenetischen Standpunkt aus auf die Tatsache, daß sich bei der körperlichen Untersuchung des Pat. in der Klinik Helmintheneier im Stuhl fanden. Psychische Störungen bei Helminthiasis sind, wenn auch selten, doch sicher beobachtet, Emminghaus (l. c. p. 45) bringt einige solche Fälle, bei denen nach Abtreibung der Würmer sofortige Genesung erfolgte. Oppenheim (l. c. p. 1202) erwähnt, daß „die durch Eingeweidenwürmer ausgelösten nervösen Störungen z. T. den Charakter der hysterischen haben“. Es ist bedauerlich, daß in der Krankengeschichte über die Wirkung der Wurmkur, die doch wohl sicher vorgenommen wurde, nichts notiert ist. Die vor den Anfällen geklagten plötzlichen Schmerzen im Abdomen würden auch in das klinische Bild der Helminthiasis passen.

Fall 14. Norbert P. Sohn eines Kupferschmiedes aus Heidelberg. 12½ Jahre alt. Aufgenommen am 18. I. 1898.

Anamnese: Mutter gestorben an Kehlkopfphthise, Vater gesund. Von zwei Geschwistern ist eins gestorben an unbekannter Ursache. Eine Schwester ist gesund.

Pat. früher stets gesund, lief mit einem Jahre. Seit Sommer 1897 Heiserkeit infolge allzu vielen Badens im Neckar. Die Heiserkeit besserte sich wieder. Seit einigen Wochen kann Pat. nicht gut mehr atmen, er hatte Auswurf, obgleich der Husten nur gering war. Außerdem Klagen über Seitenstechen, aber kein Herzklopfen. Das krankhafte Atmen soll anfallsweise auftreten. Appetit und Stuhlgang normal.

Status: Kleiner mäßig ernährter, aber kräftig gebauter Junge. Keine Zeichen überstandener Rachitis. Organe gesund. Puls etwas klein, frequent, leicht unregelmäßig. Nervensystem: Hirnnerven intakt, Zunge zittert etwas, wird aber gerade herausgestreckt. Motilität, Kraft normal. Sensibilität bis auf eine geringe Druckempfindlichkeit in der rechten Unterbauchgegend, die jedoch nicht konstant ist, intakt. Reflexe lebhaft. Keine Rachenanaesthesie. Kein Globus hystericus. Psyche: normal entwickelte Intelligenz, normales Auffassungsvermögen. Keine weiteren Klagen. Pat. behauptet nur, nicht gut atmen zu können und keine Luft zu bekommen. Die Beobachtung zeigt, daß Pat. nicht im mindesten dyspnoisch oder cyanotisch ist. Die Atmung ist regelmäßig, nicht beschleunigt, doch treten ungefähr zwischen je 3—4 Atemzügen tiefe, angestrengte, seufzende Inspirationen auf und zwar besonders dann, wenn man sich eingehend mit dem Patienten beschäftigt, während in unbeachteten Augenblicken die Atmung vollkommen normal ist.

Ord.: Tägl. kühle Abwaschungen. Valeriana-Suggestionstherapie.

Verlauf: 20. I. Wesentliche Besserung, die Anfälle von Atemnot treten kaum noch auf.

25. I. In den letzten Tagen niemals mehr Atemnot.

31. I. Geheilt entlassen.

Ergänzung zur Anamnese: Außer der Mutter sind auch drei ihrer Geschwister und zwei Geschwister des Pat. an Schwindsucht gestorben. Die Mutter war außerdem sehr nervös, aufgeregt und eigensinnig. Sie starb, als der Knabe drei Jahre alt war. Norbert war in seiner ersten Kindheit ein ruhiges und braves Kind, es wurden weder Krämpfe noch sonstige nervöse Zustände bei ihm beobachtet. Nach Aussage des Vaters hatte er auch später ein gleichmäßiges und gelassenes Wesen, nach Meinung der Stiefmutter war er dagegen „leicht ein bissel hitzig." Uebrigens will P. als Kind von der Stiefmutter nicht gut behandelt worden sein. In der Schule ging es ihm ganz gut. — Ueber die Aetiologie der Anfälle ist nichts Sicheres zu erfahren. P. gibt an, daß er oft kalt gebadet, aber nach dem Bade nie etwas von Atemnot gespürt habe. Nach Aussage der Eltern als auch des Pat. scheint es, daß die Atemnot anfangs wohl ohne besondere Veranlassung aufgetreten ist, später wurde sie aber manchmal durch psychische Aufregungen hervorgerufen. So erzählt P., daß, wenn der Lehrer in der Stunde plötzlich seinen Namen rief, er angefangen habe, stark zu schnaufen. Er machte dabei schnappende Bewegungen mit dem Mund, warf den Kopf ruckweise in den Nacken und zuckte mit den Händen.

Katamnese: Nach Entlassung aus der Klinik sind Anfälle von Atemnot direkt nicht aufgetreten, aber in der Lehrzeit haben sie sich bei anstrengender Tätigkeit, z. B. beim Tragen schwerer Gegenstände wieder gezeigt. P. arbeitete als Dreher und Gelbgießer. Er war sehr fix und ausdauernd in der Arbeit, und bekam als Lehrling den ersten Preis. Im Herbst 1909 erlitt er eine Zerquetschung der linken Hand. Die Hand blieb stark verdickt, und die Finger wurden nur wenig beweglich, so daß P. seinen Beruf aufgeben mußte. Er hat jetzt eine Aufsichtsstelle in einer Fabrik und bezieht nebenbei eine Unfallrente. Während seines langen Aufenthaltes in der Klinik zwecks Behandlung und Aufstellung eines Gutachtens soll P. nach Aussage des Arztes keinerlei hysterische Erscheinungen geboten haben.

Er macht körperlich keinen sehr kräftigen Eindruck, gibt aber an, daß er voll arbeiten und andauernd Rad fahren, laufen und springen könne, ohne daß es ihn sonderlich anstrenge. Er leidet aber an starken Nachtschweißen, morgens sei er so naß, als „wenn er im Wasser gelegen habe." Vor kurzem habe er auch mal wieder stark schnaufen müssen, ohne daß er aufgeregt oder überanstrengt gewesen sei. Seine Schwester sei ebenfalls blaß, und schnaufe auch oft so schwer. An Kopfweh leidet P. nicht, und schläft stets gut. Er ist aber leicht aufgeregt und zornig und oft mißmutig, ohne recht zu wissen warum, besonders gegen Mittag, wenn er von der Arbeit kommt. Nach ein paar Stunden bessert sich seine Stimmung von selbst wieder. Aber recht fröhlich und ausgelassen kann er nur selten werden.

Epikrise:

Auch in diesem Falle ist die Aetiologie nicht recht deutlich. Es scheint aber, daß sich die hysterischen Zustände an eine Affektion des Kehlkopfs und der Lungen angeschlossen haben, die neben anderen Symptomen (siehe Anamnese) vielleicht auch Atemnot erzeugte. Man könnte also in Analogie mit den „Fällen nach akuter Krankheit" zunächst an das Fortbestehen des vielleicht besonders quälenden Symptoms der Atemnot nach Ablauf der eigentlichen Krankheit denken.

Daß sich Patient mit besonderer Deutlichkeit der Anfälle in der Schule erinnert, die gerade dann auftraten, wenn er aufgerufen wurde, erweckte den Verdacht, daß hier möglicherweise die krankhaften Zustände „aus Furcht vor Strafe" oder „aus Faulheit" ausgelöst wurden. Aehnliches wird häufiger beobachtet. (Bruns, l. c. p. 34, Hermann, l. c. p. 84 u. a.). Schließlich scheinen die Anfälle von Atemnot immer aufgetreten zu sein, wenn der Knabe sich beobachtet wußte. (s. Status.)

Eine psychopathische Veranlagung des Patienten ist wohl nicht ganz auszuschließen, offenbar aber stehen die jetzt vorhandenen Stimmungsschwankungen und Erregbarkeitszustände in der Hauptsache mit einer beginnenden Tuberkulose der Lungen in Zusammenhang.

Nach der schnellen Heilung in der Klinik sind psychogene Anfälle von Atemnot scheinbar nicht wieder beobachtet, die in späteren Jahren nach größeren körperlichen Anstrengungen und gegenwärtig von Zeit zu Zeit spontan auftretende Atemnot ist sicherlich rein organischer Natur.

Daß keinerlei Anlage zu hysterischer Erkrankung mehr besteht, beweist noch besonders die Aussage des Arztes, der P. nach dem Unfall behandelte und selbst bei Aufstellung des Gutachtens nichts bemerkte, was den Verdacht auf Hysterie oder Simulation hätte erwecken können.

B. Jenseits der Kindheit geheilt. (Fall 15—16).

Während bei allen bisher besprochenen Fällen die hysterischen Krankheitserscheinungen in der Kindheit völlig verschwanden, müssen wir jetzt noch 2 Fälle betrachten, bei denen die krankhaften Zustände sich einmal über das Kindesalter hinaus erstrecken, das andere Mal nach anfänglich rascher Heilung im Jünglingsalter recidivierten. Wir sind aber trotzdem berechtigt, beide Fälle noch zu den „geheilten" zu zählen, weil bei dem ersten seit mehr als 7 Jahren, bei dem zweiten seit mehr als 15 Jahren hysterische Symptome nicht mehr beobachtet worden sind.

Fall 15. Ottilie K., Gastwirtstochter aus Gerichtstätten. Bei der ersten Aufnahme am 23. XI. 98 12 Jahre alt.

Anamnese I: Familiengeschichte ohne Belang. Fünf gesunde Geschwister. Pat. jüngstes Kind. Lief mit 1 Jahr. Machte mit 5 Jahren

Scharlach durch. Das jetzige Leiden begann am 7. September mit Heiserkeit, Kopfschmerzen und Halsschmerzen. Seitdem blieb die Heiserkeit dieselbe.

Status I. Gut entwickeltes Mädchen. Tonsillen etwas chronisch geschwellt. Unterhalb der rechten Tonsille an der seitlichen Pharynxwand ist eine pfenniggroße, schmutzig grau belegte Stelle, die in der Mitte deutliche Ulceration zeigt. Sonst keine Narben, nichts auf Lues Verdächtiges. Außer einem etwas unreinen ersten Mitralton und leicht akzentuierten 2ten Pulmonalton sind die Organe o. B. Die Untersuchung des Nervensystems ergibt außer einer geringen Hypaesthesie des Rachens nichts. Das Mädchen macht durchaus keinen hysterischen Eindruck. Die Stimme ist stark heiser. Die Vokale werden nur mit großer Anstrengung hervorgebracht. Manchmal besteht Aphonie. Der Kehlkopfspiegelbefund ergibt eine leichte Rötung der Stimmbänder, keine Schwellung oder Ulceration. Beim Atmen liegen die Stimmbänder weit auseinander, so daß man die Trachealringe sieht, beim Phonieren gehen sie nicht vollständig zusammen, die Glottis bleibt offen.

Ord.: Faradisation und Inhalation von Salzwasser.

Verlauf I: Während der Faradisation von außen mußte Pat. fortgesetzt sprechen, man wandte dabei Verbalsuggestion an. Im Anschluß an die Behandlung war jedesmal eine merkwürdige Besserung zu konstatieren. Die Stimme war bald hell und klar.

3. XII. Entlassen.

Anamnese II. Mai 1902. 3 Tage nach der Entlassung 1898 soll wieder vollständige Aphonie eingetreten sein, die seitdem unverändert bestand.

Status II. Fast negativer Befund. Das Mädchen ist gut entwickelt. Die Tonsillen sind weder hypertrophisch noch gerötet. Herzbefund wie 1898. Atmung und Puls ruhig. Der Nervenstatus ergibt außer einer Hypaesthesie des Rachens und lebhaften Reflexen nichts. Keine Ovarie. Keine sicheren Druckpunkte. Nur die Stimme ist völlig aphonisch. Der Kehlkopfspiegelbefund ergibt: Schwäche der Schließer, ganz feiner rötlicher Saum am l. Stimmband. Das Mädchen macht den Eindruck einer Hysterischen.

Verlauf II. 9. V. Faradisation ohne Erfolg.

12. V. Deutliche Phonation bei Faradisation mit starkem Strom und suggestiven Prozeduren. a und e werden laut gesprochen.

15. V. Immer Phonation einzelner Vokale, diesmal a und o. e macht am meisten Schwierigkeiten.

20. V. Elektrische Massage und suggestive Sitzungen bewirken, daß ganze Sätze mit lauter Stimme gesprochen werden, auch außerhalb der Sitzungen. Atemgymnastik zeigt gute Erfolge.

22. V. Fortschreitende Besserung.

27. V. Völlig geheilt. Mit leichter heiserer Stimme entlassen. Die ambulante Behandlung wird noch fortgesetzt, Rückfälle werden nicht mehr beobachtet.

Ergänzung zur Anamnese: Der Vater war kein richtiger Trinker, trank aber, wie alle Wirte, gelegentlich viel. Er litt stark an Rheumatismus und ist vor 2 Jahren am „Nervenschlag“ gestorben. Die Mutter ist gesund, ebenfalls die Brüder. Eine Schwester ist herzleidend, eine andere war bis zu ihrer Heirat magenleidend. (Hysterie?) Ottilie litt als Kind oft an Heiserkeit, war aber sonst gesund. Sie war lebhaft, ausgelassen, leicht aufgeregt und empfindlich. In der Schule lernte sie sehr gut.

Katamnese: Seit dem letzten Aufenthalt in Heidelberg war Ottilie noch oft heiser, aber nie mehr stimmlos. Die Periode trat zwischen dem 12. und 13. Jahre auf, also zur Zeit der Krankheit, ist stets regelmäßig und ohne nervöse Begleiterscheinungen. Auch sonst fühlt sich das Mädchen durchaus gesund. Sie lebt bei der Mutter zu Haus, hilft in der Wirtschaft und bei der Feldarbeit. Sie ist aber immer noch leicht aufgeregt. Wenn z. B. in der Wirtschaft sehr viel zu tun ist, verliert sie den Kopf und zittert am ganzen Körper. Sie ist jetzt 23 Jahre alt, macht einen zarten, etwas schwächlichen Eindruck. Auffallend ist ein lebhaftes, fast übertriebenes Mienenspiel und eine beständige körperliche Unruhe. Obgleich sie ganz sachlich und ruhig antwortet, hat man doch den Eindruck einer mangelhaften Beherrschung des Affektlebens. Leider war die Mutter nicht anwesend, um über den Charakter der Tochter nähere Auskunft geben zu können.

Epikrise:

Pathogenetisch ist der vorstehende Fall an die „Fälle nach akuter Krankheit“ zu reihen. Hysterische Stimmlosigkeit im Anschluß an eine durch akuten Kehlkopfkatarrh bedingte Heiserkeit soll bei Kindern besonders häufig beobachtet werden. Meistens ist zur Auslösung noch ein psychisches Moment nachweisbar, was hier anscheinend fehlte.

Daß es sich um ein psychopathisches Kind handelt, ist sicher anzunehmen (s. Erg. z. Anamn.) Ferner mag man in Betracht ziehen, daß das Aufwachsen in einer Wirtschaft für den Charakter eines von Natur schon aufgeregten und empfindlichen Kindes verderblich werden kann, da es nur zu oft Gegenstand der Unterhaltung für die Gäste ist, wodurch altkluges und anspruchsvolles Wesen und der Hang sich hervorzutun, aufzufallen, großgezogen werden. Daß solche Eigenschaften die Entwicklung, vor allem aber die Hartnäckigkeit hysterischer Symptome begünstigen können, ist leicht verständlich. Aehnliches mag auch hier dazu beigetragen haben, daß sich die Krankheit in das Jugendalter hinüberschleppte.

Der laryngoskopische Befund in der Klinik ist der für hysterische Aphonie typische. Bei Versuch des Phonierens begaben sich die Stimmbänder nur um ein Geringes aus der Abduktionsstellung heraus, so daß die Glottis weit offen blieb.

Seit dem Aufenthalt in der Klinik sind hysterische Zustände nicht mehr beobachtet, man muß danach das Mädchen als geheilt betrachten. Doch ist es fraglich, ob das scheinbar recht willensschwache Mädchen stärkeren Schädlichkeiten in Zukunft gewachsen sein wird.

Fall 16. Peter H., aus Waibstadt. 9 Jahre alt, aufgen. am 14. III 1885.

Anamnese: Beginn der Erkrankung 3—4 Wochen vor Eintritt in die

Klinik mit Kopfweh, Schnupfen, Schwindel. 2 Tage später abends erster Anfall. Zuerst spürt er's im Kopfe, dann im Leib, wenn ein Anfall kommt. Während des Anfalls ist Pat. sehr erregt und schwer zu bändigen, er soll gebissen haben. Dabei besteht Bewußtlosigkeit. Es fehlt nachher jede Erinnerung. Die Anfälle kommen jeden Abend, an einem Abend wurden 4 Anfälle beobachtet.

Status: Es ist nur angegeben, daß der Junge groß und mäßig gut ernährt ist.

Verlauf: 14. III. abend 1. Anfall: Es traten plötzliche Zuckungen im rechten Arm und im Kopf auf, die 5 Minuten anhielten. Dabei stöhnende Atmung. Pat. lag auf dem Gesicht, war offenbar bewußtlos. Schlief nachher noch ca. 10 Minuten. Nach ¼ Stunde war alles vorüber. Vorübergehende Klagen über Kopfweh.

18. III. ¼ 4 Uhr: Kopf- und Leibschmerzen, verweigerte abends die Mahlzeit. War sonst munter, gab auf jede Frage richtige Antwort. ¼ 7 Uhr: Plötzlich sehr heftige klonische Krämpfe des ganzen Körpers. Er lag auf dem Bauch. Zuckungen in allen Extremitäten und im Rumpf. Der ganze Körper war gekrümmt und wurde im Bett herum geschleudert. Mit dem Kopfe schlug er heftig auf die Unterlage und mit der rechten Faust dröhnend gegen die Brust. Schaum stand vor dem Munde. Mitunter wurde der Daumen eingeschlagen. Während des Anfalls war der Knabe schwer zu bändigen, zerbiß ein ganzes Leinentuch und biß gegen die Hände des Wartepersonals. Dauer des heftigen Anfalls 1 Stunde. Dabei lautes Stöhnen. Das Bewußtsein war erloschen. Nachher eine Stunde lang Bewußtlosigkeit und leichte Zuckungen im ganzen Körper. Um ½ 9 Uhr schlief der Knabe ganz ruhig.

19. III. Wenig Appetit, sonst Wohlbefinden. Kein Schwindel oder Kopfweh. Kleine Mengen Brom. Abends: Sehr heftiger Anfall von kurzer Dauer, ½ Stunde und in gleicher Qualität wie gestern.

20. III. Befinden gut. Mittags Klagen über Kopf- und Leibschmerzen. Abends um 6 und 7 Uhr je ein Anfall von anderer Qualität. Erst einige stridoröse Atemzüge, dann klonische Krämpfe der Hände, des Kopfes, gleich darauf Opisthotonus. Dann einige Sekunden vollständige Apnoe, sodaß das Gesicht dunkelrot wurde. Die Pupillen waren mittelweit, das Bewußtsein nicht vollständig erloschen, da Pat. sofort nach dem Anfall, als noch einige Zuckungen erfolgten, prompt auf Nadelstische reagierte, auf Kommando die Zunge herausstreckte, sich auf den Rücken legte, die Hände reichte u. a. m. Nach dem Anfall Leibschmerzen. Jeder Anfall dauerte 5 Minuten.

21. III. Im Urin, der nach dem Anfall gelassen wurde, war kein Eiweiß. Abends schwacher Anfall.

22. III. Kein Anfall. Von dieser Zeit an wurde kein Anfall mehr beobachtet, da dem Jungen im Wiederholungsfalle mit kaltem Wasser oder glühendem Eisen gedroht wird.

3. IV. Geheilt entlassen.

Ergänzung zur Anamnese: Hereditär scheint nichts vorzuliegen. Der Vater ist früh gestorben, Pat. weiß sich seiner kaum zu erinnern, die Mutter soll strenge gewesen sein.

Peter war das einzige Kind. Nach seiner Angabe war er ein lebhafter, fröhlicher Knabe und ein guter Schüler. Gereizt oder eigensinnig will er nicht gewesen sein. An die Anfälle erinnert er sich noch genau, sie seien aufgetreten, als er zu Besuch bei einer Frau war, vor der er „sich fürchtete wie vor eine Hexe". Er will noch das Grauen und den Haß fühlen, wenn er an diese Frau denkt. Ob die Anfälle damit in Zusammenhang standen, weiß er nicht. Er sei vorher schon nicht wohl gewesen und habe zu Bett gelegen.

Katamnese: Nach dem Aufenthalt in Heidelberg sind Anfälle und Krämpfe nicht mehr aufgetreten. 1894—1896 war H. beim Militär, vertrug die Strapazen ganz vorzüglich und litt nur einmal vorübergehend an heftigen Kopfschmerzen, die nach der Beschreibung und besonders nach der Art ihres Auftretens vermutlich als hysterische Störungen aufzufassen sind. Er fühlte sich einen Tag nicht recht wohl und hatte am nächsten Morgen gleich nach dem Aufstehen einen so heftigen Anfall von Kopfweh, daß er seinen Dienst nicht zu versehen vermochte. Da sich aber bei der Untersuchung nichts fand, mußte er wie sonst arbeiten. Am nächsten Morgen trat ein gleich heftiger Anfall von Kopfschmerzen auf, genau 5 Minuten früher als am Tage vorher. Man behandelte nun den Kopf mit elektrischen Strömen, wonach die Schmerzen aufhörten. Diese Kopfschmerzen haben sich ca. 14 Tage wiederholt und zwar jeden Morgen um 5 Minuten früher. Die elektrische Behandlung brachte sie jedesmal sofort zum Schwinden. Allmählich nahm dann die Heftigkeit der Anfälle ab, bis alles gut war. Seitdem ist H. stets gesund gewesen. Er ist jetzt 34 Jahre, arbeitete in verschiedenen Häusern als Diener und ist seit 10 Jahren Diener und Portier in einem großem Bankgeschäft. Er ist verheiratet und hat 2 gesunde Kinder. Seine Stimmung ist gleichmäßig ruhig, er lebt sehr häuslich und solide und hat ausser zeitweise auftretenden heftigen Kopfschmerzen nichts zu klagen.

Epikrise:

Erbliche Belastung scheint zu fehlen, doch könnte hier die Entwicklung des Knaben durch eine fehlerhafte und einseitige Erziehung von seiten der Mutter, deren einziges Kind er war, ungünstig beeinflußt sein. Bei einzigen und verwöhnten Kindern soll man psychogene Symptome häufig finden. (Hermann l. c. p. 105.)

Was hier die Anfälle zur Auslösung brachte, ist nicht klar. Sie traten zuerst auf, als der Knabe wegen einer anscheinend starken Erkältung zu Bett lag, seine gemütliche Reizbarkeit also vermutlich an und für sich schon erhöht war. Er war zu Besuch bei einer Frau, vor der er sich so fürchtete, daß die Erinnerung an sie ihm noch heute Grauen und Abscheu verursacht. Demnach ist es wahrscheinlich, daß die Angst vor dieser Frau zur Auslösung der Hysterie führte, wobei evtl. Rachegefühle unterstützend mitgewirkt haben könnten. Nach Beobachtungen von Bruns (l. c. p. 34) „zeigen die hysterischen Symptome, besonders die Delirien bei Kindern, oft das Bestreben, ihnen mißliebigen Personen eins anzuhängen". Die geschilderten Anfälle (s. Anamn.) rechtfertigen immerhin eine solche Annahme.

Von besonderem Interesse ist in diesem Falle, daß Pat. nach einem raschen und vollständigen Verschwinden aller Symptome in der Klinik und

nach jahrelanger Remission noch einmal im Jugendalter hysterisch erkrankte, als während des Militärlebens neue und ungewohnte Anforderungen an ihn herantraten. Wir dürfen daraus auf einen Mangel der psychischen Widerstandsfähigkeit schließen, der bei jeder Veränderung der äußeren Lebensbedingungen leicht ein erstmaliges Versagen zur Folge haben kann. Insofern dürfte dieser Fall direkt hinüberführen zu einem gleich zu besprechenden Fall von weiblicher Hysterie, wo gleichfalls in der Kindheit rasch ausgeglichene psychogene Störungen später unter schwierigeren Verhältnissen rezidivierten, sich aber seitdem bei jedem Anlaß wiederholen.

C. Die nicht dauernd geheilten Fälle. (Fall 17—21.)

Während in den bisher betrachteten Fällen „geheilter Hysterie“ die plötzlich einsetzenden hysterischen Krankheitserscheinungen fast immer auf ein die heftige Reaktion einigermaßen erklärendes Moment zurückzuführen waren, werden wir bei den „nicht geheilten Fällen“ eine äußere Veranlassung zur Erkrankung häufig gänzlich vermissen oder doch nur ungenügend festzustellen imstande sein. Hier entwickeln sich die hysterischen Zustände fast ohne äußere Ursache direkt aus von vornherein bestehenden und der Hysterie nahe verwandten anderen Erscheinungsformen der Entartung z. B. aus krankhaften Veränderungen der Willens- und Phantasietätigkeit, oder auf dem Boden moralischen und intellektuellen Schwachsinns.

Fall 17. Regine W. Wirtstochter aus Sandhofen. 12¾ Jahre alt. Aufgenommen am 3. V. 1898.

Anamnese: Eltern und 2 Geschwister gesund. Keine erbliche Belastung. Patientin hat öfters Lungenentzündung durchgemacht, die letzte vor 10 Wochen. Nach Ablauf der Erkrankung wurde sie gebadet und hatte dabei den ersten Anfall. Seitdem hat Patientin zuerst in Pausen von 3—4 Tagen, später täglich Krampfanfälle gehabt, die anfangs 5 Minuten, nach und nach aber mehrere Stunden dauerten. Das Bewußtsein war erloschen. Sie biß und schlug um sich, sang, erzählte, dabei lebhaftes Gebärdenspiel und große Zuckungen. Niemals wurden Verletzungen oder Zungenbiß beobachtet. Später spürte Patientin das Nahen des Anfalls, indem nach ihren Angaben Schmerzen im Leib auftraten.

Status: Gut ernährtes, frühreifes Mädchen mit reichlichem Fettpolster und kräftigen Muskeln. Frische, etwas bräunliche Gesichtsfarbe. Keine Spuren einer früheren Rachitis. Innere Organe gesund. Motilität und Sensibilität normal. Keine Rachenanaesthesie, keine Mastodynie, keine Ovarie. Schmerzempfindung normal. Tiefe Reflexe normal. Hautreflexe wenig gesteigert. Puls regelmässig. Sehr schüchtern, geniert sich stark

bei der Untersuchung, gibt öfters keine Antwort. Intelligenz gut. Verhält sich ablehnend auf Fragen.

Verlauf: 4. V. Patientin hat gestern abend 8 Uhr einen hysterischen Anfall gehabt. Sie lag gestreckt mit geschlossenen Augen im Bett, schlug hauptsächlich mit den Armen rhythmisch auf die Decke, weniger mit den Beinen. Die Atmung war gut. Die Pupillen mittelweit, reagierten auf Licht. Beim Versuch, ob Schmerzempfindung vorhanden sei, erwachte Pat. aus dem Anfall und richtete sich weinend auf. Heute morgen weiß Patientin offenbar nichts von dem stattgefundenen Anfall, sie sagt nur, daß sie um $^1/_2$8 Uhr Leibschmerzen gehabt hätte.

5. V. Auf Verbalsuggestion und Valeriana kein Anfall mehr.

10. V. Entlassen.

Ergänzung zur Anamnese: Beide Eltern und deren Familien sind gesund. Der Vater ist solide, von jeher gegen Freunde leicht hitzig und empfindlich, gegen die Kinder eher schwach und von übertriebener Zärtlichkeit. Die Mutter hat ein lautes, unruhiges Wesen. Regine hat als kleines Kind 2 mal Krämpfe gehabt, war sonst gesund. Später hatte sie öfters Lungenentzündung (siehe Anamnese). Sie war „außerordentlich intelligent", ein „Wunderkind in der Schule", sehr lebhaft, sie las viel und erzählte mit großer Phantasie. Ueber besondere Charaktereigenschaften ist von den Eltern, die scheinbar blind sind in ihrer Liebe für die Kinder, nichts zu erfahren. Regine ist der ausgesprochene Liebling ihres Vaters.

Wodurch der erste Anfall verursacht wurde, ist nicht mit Sicherheit zu erfahren. Die Mutter hält das Bad nach der Lungenentzündung für die Ursache, der Vater meint, daß das laute Wesen der Mutter das Kind erschreckt habe. Er schildert dann lebhaft seine Angst um das Kind, und was er alles angestellt habe, um es zu beruhigen.

Katamnese: Nach dem Aufenthalt in Heidelberg war Regine ganz gesund. Krämpfe zeigten sich zunächst nicht mehr. Mit 14 Jahren setzte die Periode ein, auch in dieser Zeit zeigten sich psychisch keine Veränderungen. Das Mädchen war blühend, sehr kräftig, lebenslustig und arbeitsam. Mit 19 Jahren heiratete sie. In der Ehe, die nicht glücklich zu sein scheint, sind infolge einer Eifersuchtsszene, in der der Mann seiner Frau mit Erschießen gedroht haben soll, zum ersten Male wieder Krämpfe aufgetreten, die sich seitdem bei heftigen Aufregungen wiederholen. Die junge Frau berichtet selbst folgendermaßen: Sie sei von jeher „so aufgeregt und empfindlich gewesen wie der Vater". Ihr Mann dagegen sei „sehr phlegmatisch, rege sich nie auf, und darüber ärgere sie sich". Und die Anfälle „kämen jedesmal, wenn sie sich vor Aerger nicht anders zu helfen wisse". — Vor den Anfällen empfindet sie Uebelkeit, hat aber nie erbrochen. 2 mal ist sie hingefallen, ohne sich zu verletzen. Die Anfälle kommen nur tags im Hause, niemals auswärts, weiter will sie darüber nichts wissen. Von den 2 Kindern ist das älteste, jetzt 4 Jahre alt, körperlich gesund, aber recht unruhig. Das jüngste starb 6 Wochen alt ganz plötzlich infolge von Krämpfen, es soll den Kopf immer in den Nacken gebogen haben. Während der Schwangerschaft und dem Wochenbett zeigten

sich keine besonderen Störungen, ebenfalls sind die Anfälle unabhängig von der Periode.

Die junge Frau, jetzt 24 Jahre alt, lebt anscheinend in sehr guten äusseren Verhältnissen. Der Ausdruck ihres Gesichts ist gelangweilt und unzufrieden. Sie scheint launenhaft, eigensinnig und von äusseren Zufälligkeiten im hohen Grade abhängig zn sein. Körperlich ist die Frau blühend und gesund.

Epikrise:

Die vorliegende Beobachtung zeigt uns ein hysteriches Stimmungsbild, wie es wohl für viele Fälle als typisch gelten kann. Es handelt sich um ein von Natur aufgeregtes und empfindliches Mädchen, bei dem sich diese Eigenschaften auf Grund einer unvernünftigen Erziehung zu schwereren psychopathologischen Symptomen ausgewachsen haben. Die Mutter ist eine nervöse, unharmonische Persönlichkeit, der Vater ein Sonderling, leicht jähzornig und leidenschaftlich, in seinen Gefühlen maßlos. Pat., die sein ausgesprochener Liebling ist, scheint ihm in Temperament und Charakter ähnlich zu sein. Dabei war sie außerordentlich intelligent, ein „Wunderkind". Beide Eltern sind in ihrer Liebe blind für die Fehler und Eigenheiten ihrer Tochter.

Die erste Erkrankung in der Kindkeit, die in der Rekonvaleszenz nach einer Lungenentzündung auftrat, zeigt im wesentlichen die Erscheinungen, die wir vorzüglich bei Kindern beobachteten, deren Reizbarkeit durch übertriebene Sorgfalt während einer Krankheit vorübergehend (Fall 9, 10) oder durch eine verkehrte Erziehung dauernd (Fall 16) gesteigert war. Sie erinnern an die Affektäußerungen ungezogener Kinder.

Eine auslösende Ursache, die in diesem Falle das Auftreten der Anfälle genügend erklärte, war nicht zu erfahren. Die Zustände verschwanden sofort, als man das Kind in andere Umgebung brachte.

Wie im vorhergehenden Fall schien die Heilung zunächst eine vollständige zu sein, das Mädchen entwickelte sich geistig und körperlich vorzüglich. Erst als sie aus der gewohnten Umgebung ihres Elternhauses in andere Verhältnisse versetzt wurde und sich in der Ehe schwierigeren Anforderungen gegenübergestellt sah, erkrankte sie von neuem. Daß durch eine häusliche Szene, in der der Mann aus Eifersucht der Frau mit Erschießen gedroht haben soll, die Anfälle wieder ausgelöst wurden, ist nach der Schilderung, die die Frau vom Charakter ihres Mannes gibt, nicht wahrscheinlich. Vielmehr möchte man an eine häufigere Summierung von Unlustgefühlen denken, die in der wachsenden Reizbarkeit und unberechenbaren Empfindlichkeit der in der Ehe unbefriedigten Frau ihren Grund haben und die sich, da alle anderen Reaktionen an der Ruhe und Gleichgültigkeit des Mannes scheitern (s. Katamnese), die Frau aber nicht gelernt hat, ihre Gefühle einer vernünftigen Ueberlegung unterzuordnen, von Zeit zu Zeit in krankhaften Affektausbrüchen äußern.

Da sich ähnliche Schädlichkeiten im Leben dieser Frau immer wiederholen werden, und bei Erwachsenen an eine Veränderung der hysterischen Anlage schwerlich noch zu denken ist (Kraepelin l. c. p. 712), muß die Prognose auch für die Zukunft als ungünstig bezeichnet werden.

Fall 18. Sophie B. Tagelöhnerstochter aus Mannheim. 13 Jahre alt. Aufgenommen am 9. XI. 1896.

Anamnese: Vater gestorben an Leberleiden, Gallensteine. Kind von Geburt aus gesund. Mit 1/2 Jahr Lungenentzündung. Vor 2 Jahren Diphtherie. Dann Trauma am rechten Auge. Als Kind von 6 Jahren soll ein Stuprum an ihr versucht sein. Seit 3 Jahren jedes Jahr in Rappenau wegen Skrofulose. Dieses Jahr Ausschlag (skrofulös?) mitgebracht.

Ende August bemerkte man an beiden Armen ganz symmetrisch Blutungen, die zuerst punktförmig-petechial waren, dann streifenförmig. Sie verfärbten sich erst blaurot, dann schwarzrot. Seit 8 Tagen wieder ähnliche Flecken an beiden Oberarmen. Im vorigen Jahr soll Pat. einen Krampfanfall gehabt haben, bei dem sie bewußtlos war. Morgens oft Leibschmerzen.

Status: Groß, kräftig, gut ernährt. Adenoide Wucherungen links. Haut von eigentümlich gelblichem Kolorit. Am Kinn talergroßes braunrotes Erythem, rechts davon kleine schuppende Stelle. Symmetrisch an beiden Oberarmen über dem mittleren Bauch des Deltoideus dicht unterhalb des Acromion streifenförmige rotbraune und gelbbraune 10—12 cm. lange gefärbte Hautefflorescenzen, die den Eindruck eines etwa 5—6 Tage vorhergegangenen Traumas machen. Herz: leises systolisches Blasen an allen Ostien, am stärksten an der Herzbasis. Organe sonst o. B. Nervensystem: Reflexe der unteren Extremitäten entschieden erhöht. Motilität und Sensibilität intakt. Keine Rachenanästhesie (s. später). Vielleicht leichte Hyperästhesie in der Gegend der Brustwarzen. Patientin ist sehr ängstlich, macht den Eindruck, als wenn sie hart behandelt worden wäre. Eine nochmalige genauere Untersuchung auf Hysterie ergibt Rachenanaesthesie, kleine Gesichtsfeldeinschränkung rechts. Herabsetzung des Gehörs und Geruchs links, rechts durchaus normal.

Verlauf: 12. XI. Keine Ovarie. Sensibilität, Motilität intakt.

14. XI. Patientin stand in der Nacht auf, zog Schuhe an und wollte fortgehen. Sie schlief dabei ruhig weiter. Auf Anrufen hin erwachte sie, am andern Morgen keine Erinnerung an den Vorgang. — Am linken Vorderarm an der Beugeseite zwei neue linsengroße blutunterlaufene Stellen. Die alten Stellen am Oberarm sind etwas zurückgegangen. Um 5 Uhr abends sehr starke Mastodynie, beide Warzen fühlen sich sehr hart an, und lassen drüsenartige acinöse Gebilde anscheinend durchfühlen.

17. XI. Hyperaesthesie der Brustwarzen besteht fort. An beiden Oberarmen wieder neue Blutungen.

19. XI. Starke Schmerzen im Knie- und Ellenbogengelenk. Starkes Fieber 39.2. Unreiner erster Ton. Klappender zweiter Pulmonaton. Drüsenschwellungen. Pat. gibt nachträglich zu, das Thermometer durch Reiben und im Munde erwärmt zu haben. Nachmessungen ergeben niedrigere Temperatur. Man hat den schärfsten Verdacht, daß Pat. als Somnambule sich in die Schulter beißt und so die Blutungen hervorruft. Auf Befehl, in die Schulter zu beißen, werden die Zähne genau in der Gegend der Blutungen eingesetzt, ebenso drücken sich auf Befehl, in die Knie zu beißen,

die Zähne an der Stelle ab, wo nach Angabe der Pat. die früheren Blutungen gewesen sein sollen.

28. XI. In den letzten 3 Tagen konnte man deutlich an der Haut der linken und rechten Schulter auf starkes Quetschen kleine petechiale Blutungen hervorrufen (Stigmatismus). An diesen Stellen entwickelten sich keine Vibices bezw, Ecchymosen. Mastodynie besteht fort. Keine Rachenanaesthesie.

14. XII. In der klinischen Vorstellung wird auf Grund folgender Symptome, (die zum Teil in der Krankengeschichte noch nicht aufgeführt wurden), der Zustand als hysterisch bezeichnet: Allgemeiner, nervöser Eindruck, motorische Erregtheit, Zuckungen, eigentümlicher Gesichtsausdruck des „leidend sein wollen", die wechselnde Rachenanaesthesie, die Mastodynie (Molimina menstrualia), die Sache mit dem Thermometer. Die Blutungen können als vicariierende Blutungen aufgefaßt werden, schließlich kommt reiner Stigmatismus in Frage oder blutige Schweiße bei religiösen Vorstellungen.

16. XII. Wieder deutliche Rachenanaesthesie. Neue Blutungen. Sprechen und Unruhe im Schlaf.

17. XII. Wieder Haemorrhagien. Extr. fluid. hydrast. canad.

21. XII. Blutungen (artificiell?)

24. XII. Blutungen.

29. XII. Entlassen. Keine frischen Haemorrhagien mehr aufgetreten. Rachenanaesthesie und Mastodynie bestehen fort. Sonst keine Stigmata.

Ergänzung zur Anamnese: Hereditär soll nichts vorliegen. Doch macht die Mutter jetzt den Eindruck einer sehr erregbaren und geistig tiefstehenden Frau. Aus ihren inhaltlich wie zeitlich durchaus unklaren und unzuverlässigen Angaben war es nicht möglich, ein sicheres Urteil über die Aetiologie der Erkrankung und den jetzigen Zustand des Mädchens zu gewinnen. Der Stiefvater ist infolge eines Unfalls Invalide und scheint etwas schwachsinnig zu sein. Die Umgebung war ärmlich und unordentlich.

Das in der Anamnese erwähnte Trauma am rechten Auge war durch einen Unfall veranlaßt, das Mädchen soll überfahren worden sein. Die Wunde befand sich über dem Auge, das Auge selbst war nicht verletzt. Die Wunde heilte schwer, und Sophie mußte lange einen Verband tragen. Als man den Verband fortnahm, konnte sie angeblich nicht mehr deutlich sehen. Sie soll deshalb in der Schule schlecht behandelt worden sein und große Furcht vor den Lehrern gehabt haben. Nachts im Traum schrie sie ängstlich auf. Nach kurzer Behandlung mit elektrischen Strömen in der Augenklinik erfolgte Heilung. Im übrigen war Sophie skrofulös, an den Ausschlag kurz vor der Erkrankung, an die Anfälle und Blutungen hat die Mutter nur noch eine unklare Erinnerung. Auch über den Charakter des Mädchens war nichts zu erfahren, es soll lebhaft gewesen sein und gut gelernt haben.

Katamnese: Ob sich nach dem Aufenthalt in der Klinik die Blutungen wiederholt haben, weiß die Mutter nicht, soviel aber kann man aus ihren Aeußerungen entnehmen, daß Sophie körperlich nicht recht gesund war.

Nach der Schule verkaufte sie auf dem Markte und soll sich dabei sehr erholt haben. Als sie später in einem Geschäft arbeitete und Laternen löten mußte, begann sie zu husten. Sie kam dann als Aufseherin in ein Geschäft, wo angeblich infolge von Anstrengung die Periode ausblieb. Sophie kränkelte, kam elend von dort weg, erholte sich aber rasch in der Heilanstalt Notrach und arbeitete dann wieder in der Fabrik. Später war sie noch einmal zur Erholung im Luisenheim.

Die Patientin selbst hat keine rechte Erinnerung mehr an ihren Aufenthalt in der Klinik, es scheint aber, daß Hautblutungen später nicht mehr beobachtet sind. Dagegen gibt sie an, daß sie als 18jähriges Mädchen infolge eines Schrecks, die Mutter sei unerwartet ins Zimmer getreten, um sie zu überraschen, plötzlich die Sprache verloren habe. Sie habe keine Stimme mehr gehabt und nur flüstern können. Solche Heiserkeit habe sich später öfters nach Aufregungen gezeigt, und sie sei deswegen schon von verschiedenen Aerzten mit Erfolg elektrisiert worden. Außerdem leide sie an starken Rückenschmerzen und häufigen Kopfschmerzen, die so arg werden können, daß sie am liebsten sterben möchte, „jedes Haar sticht“, oft könne sie erbrechen und fühle sich dann besser. Die Periode ist stets unregelmäßig, setzt oft 3 Monate aus und ist immer sehr schwach. Die Kopfschmerzen sind ganz unabhängig davon. Dabei ist sie hochgradig nervös, schläft sehr schlecht, „schafft und träumt die ganze Nacht“, spricht viel im Schlaf und soll manchmal aufstehen. Die Stimmung ist sehr labil. „Ein Wort genügte, um sie zum Weinen zu bringen“. Sie ist viel traurig ohne rechten Grund und sehr grüblerisch, macht sich immer Sorgen „wegen zu Haus, überhaupt über alles“. Sie ist leicht aufgebracht. „Wenn mich halt eins erschreckt, dann zittere ich an Armen und Beinen, das geringste Geräusch regt mich auf“. „Es dauert lange, bis ich zornig bin, aber wenn ich es mal bin, dann weiß ich nicht mehr, was ich tue“. Sophie ist jetzt 27 Jahre, leistet genau dasselbe wie andere Mädchen ihres Alters, arbeitet im Sommer schon seit einigen Jahren als Hausmädchen in einem Hotel, im Winter ist sie in einem Geschäft tätig. Sie sieht blaß und zart aus, die Bewegungen sind unruhig, der Gesichtsausdruck wechselt beständig. Sie spricht gut und gewandt, und hat, abgesehen von ihrer krankhaften Aufgeregtheit, ein bescheidenes und natürliches Auftreten.

Epikrise:

Ueber erbliche Belastung ist nichts Sicheres zu erfahren. Es liegen aber andere Momente in überreichem Maße vor, die eine hysterische Veranlagung vorbereitet haben können. Die in frühem Kindesalter durchgemachten heftigen Erkrankungen dürften eine allgemeine Schwäche des Kindes veranlaßt und die später sich manifestierende Skrofulose mit begünstigt haben. Skrofulöse Kinder aber sollen an und für sich sehr zur Nervosität neigen (Strohmayer l. c. p. 28). Dazu läßt die ärmliche und unordentliche Häuslichkeit auf Entbehrungen aller Art, auf mangelhafte Pflege und Erziehung schließen. An disharmonischen Eindrücken, ja vielleicht auch harter Behandlung (s. Status) dürfte es kaum gefehlt haben, da die Mutter eine aufgeregte und zerfahrene Person und der Stiefvater ein Krüppel und schwachsinnig ist. Ob dem in der Kindheit erlittenen

geschlechtlichen Angriff (s. Anamnese) irgend eine aetiologische Bedeutung beizumessen ist, ist nach den unklaren Angaben nicht mehr zu entscheiden. Das Auftreten der in früheren Jahren beobachteten hysterischen Sehstörung läßt sich genugsam begründen durch die gemütliche Erschütterung infolge des Unfalls und die nachfolgende lange Behandlung der Stirnwunde, die das Tragen eines Verbandes forderte, der das rechte Auge am Sehen hinderte. Vielleicht aber könnten die in der Kindheit häufiger beobachteten ängstlichen Traumvorstellungen und das nächtliche Aufschreien auf peinliche Erinnerungsaffekte infolge des sexuellen Traumes im Sinne Freuds zurückgeführt werden, wahrscheinlicher aber ist es, daß sie in dem disharmonischen Getriebe des Elternhauses ihren Grund haben.

Durch Unlust- und Angstgefühle und nicht auf Grund degenerativer Krankheitssymptome, wie Bosheit oder Lüge, zu deren Annahme die sonstige Entwickelung des Mädchens keinen Anlaß bietet, ließe sich auch am ersten die bei Kindern sonst seltene, hier aber mit großem Raffinement ausgeübte Simulation erklären, wie sie später bei dem 14 jährigen, also an der Grenze des Kindesalters stehenden Mädchen in der Klinik beobachtet wurde. Eventuell machte sich hier schon der Einfluß der Pubertätszeit geltend, der eine Steigerung der psychischen Reizbarkeit zuzuschreiben ist (Kraepelin). Denn gerade Selbstverletzungen, als solche sind hier die Blutungen wohl jedenfalls aufzufassen (s. Verlauf), werden „im Kindesalter, wo die Furcht vor jeder Verwundung doch meist eine besonders große ist" (Bruns l. c. pag. 51), sehr selten beobachtet. Auch das Vortäuschen von Fiebertemperaturen durch Reiben des Thermometers in der Achselhöhle setzt eine größere Kompliziertheit der Ueberlegungen voraus, wie wir sie der kindlichen Psyche im allgemeinen nicht zutrauen. Durch die mannigfaltigen und wechselnden Sensibilitätsstörungen, die sonst bei Kindern meistens fehlen, nähert sich das Krankheitsbild vollends der Hysterie der Erwachsenen.

Die hysterische Veranlagung hat sich dauernd erhalten und führte öfters wieder zu körperlichen Störungen (Stimmlosigkeit), die im Anschluß an Gemütserregungen auftraten. Außerdem klagt das Mädchen über schwere nervöse und psychische Störungen (s. Katamnese), scheint aber trotzdem tüchtig und zuverlässig in der Arbeit zu sein. Die oft monatelang andauernde Amenorrhoe soll nach Binswanger (l. c. p. 582) zuweilen im Anschluß an hysterische Paroxysmen beoabchtet werden.

Fall 19. Thomas M., Sohn eines Bureaudieners aus Ludwigshafen. 13 Jahre alt, aufgenommen am 1. V. 1893.

Anamnese: Eltern und 6 Geschwister sind gesund. Patient machte Masern durch, war sonst gesund. Jan. 1893 Sturz auf dem Eise auf eine harte Scholle. Fall auf die Blasengegend. Konnte wegen starker Schmerzen nicht urinieren. Der Arzt katheterisierte vergeblich. Seit jener Zeit beständig stechende Schmerzen beim Urinieren. Es werden dabei immer nur kleine Mengen Urin entleert. In letzter Zeit soll er getrübt gewesen sein, Fetzen enthalten haben, einmal Blut. Seit 8 Wochen aufgetriebener Leib, auf Druck Schmerzen. Zuweilen spontan starke Leibschmerzen, bei welchen Patient sich zusammenkrümmt. Auch Fieber soll er haben. Behandlung abwechselnd mit Arzneien und Katheterismus. Vor Ostern 17 Tage im Josephshaus in Heidel-

berg ohne Erfolg. Häufiger chronische Verstopfungen, die 3 Tage und länger bestehen. Klystiere. Sonst keine Beschwerden. — Pat. war bisher beständig ausser Bett und ging viel spazieren. Er war einmal 1 Jahr lang Schlangenmensch im Zirkus seines Vaters (s. später im Nachtrag). Er gibt noch an, daß die Krankheit durch einen Sturz vom Trapez verursacht sei.

Status: Kräftig entwickelt. Dolichokephale Schädelbildung. Horiz. Umfang 53 ½ cm. Herz, Lunge o. B. Abdomen halbkugelig vorgetrieben, bretthart gespannt, äusserst druckempfindlich. Trotz der großen Schmerzhaftigkeit der Bauchdecken geht Pat. umher, ohne Schmerzäußerungen von sich zu geben. Stuhl seit 12 Tagen angehalten. Seit 3 Tagen kein Urin entleert oder doch nur tropfenweise. Bei der Aufnahme kann er spontan entleert werden, anscheinend aber nicht die ganze Menge, da unterhalb des Nabels eine Dämpfung bis zur Symphyse besteht. Katheterismus nicht ausführbar. Urin klar, enthält kein Eiweiß, kein Jndikan. Nervensystem: Hirnnerven normal. Keine Rachenanästhesie. Haut- und Sehnenreflexe ganz normal. Motilität: Beim Gehen bemerkt man, wie zuweilen plötzlich eine krampfhafte Kontraktion der Musc. recti abdominis, des Quadriceps, der Adduktoren, überhaupt der Muskulatur der ganzen unteren Extremitäten entsteht. Sie geraten in Streckstellung. Pat. steht auf der Fußspitze und kann nicht weiter gehen, da er die Beine nicht beugen kann. Die Peronei und die Dorsalfläche des Unterschenkels sind frei. Dieselben Kontraktionen, welche gewöhnlich beide Beine ergreifen, treten auch bei verschiedenen Hautreizen, Beklopfen, Kneifen etc. auf. Nach einigen Augenblicken läßt der Krampf von selbst wieder nach. Bei der Untersuchung tritt auch an der Hand ein eigentümliches Phänomen auf. Bei Beklopfen der Extensorensehnen exquisite Klauenstellung der Finger. Vorher war dies nicht zu beobachten. Dagegen tritt dasselbe Phänomen auf, wenn man Pat. darauf aufmerksam macht und ihm die Meinung beibringt, daß es gleich erscheinen wird. Die passive Motilität ist nicht gestört, nur während der oben beschriebenen Krämpfe sind passive Bewegungen natürlich nicht auszuführen. Sensibilität: Hyperästhesie der Haut des Bauches bis in die Höhe der Brustwarzen: in diesem Gebiet wird stumpf als spitz bezeichnet. Trotz der angeblichen außerordentlichen Schmerzhaftigkeit des Bauches geht Pat. ohne Schmerzen, richtet sich auf, erträgt auch sonstige derbere Eingriffe, wenn die Aufmerksamkeit von der Sache gelenkt ist. Anscheinend kann man dem Pat. allerhand suggerieren. Sagt man ihm, es müsse wohl beim Beklopfen da oder dort besonders wehe tun, so empfindet er Schmerz, der dann bald wieder verschwindet. Halbseitige oder andere Anästhesien sind nicht zu finden. Pat. gibt an, einmal Doppelsehen gehabt zu haben.

Verlauf: 3. V. Behandlung mit Einläufen, Stuhl und spontan Urinentleerung. Auffällig ist immer die brettharte Beschaffenheit der Bauchdecken. Trotz der Schmerzen erklettert P. in der Anstalt einen Baum.

9. V. Auf Einlauf immer Stuhl, Urin in kleinen Mengen. Er ist klar, sauer, enthält nichts Pathologisches.

11. V. Katheterismus. Beim Herausziehen des Katheters epileptiformer Anfall. Pat. lag mit stark kontrahierter Muskulatur in Kruzifixstellung,

Hände in Klauenstellung, Augen geöffnet nach rechts oben gerichtet mit weiten reaktionslosen (?) Pupillen. Respirationsmuskeln ebenfalls krampfhaft kontrahiert, die Atmung sistierte, das Gesicht war deshalb stark gerötet. Dann setzte die Atmung wieder unregelmäßig schluchzend ein. Bewußtsein geschwunden. Gesichts-Halluzinationen. Pat. behauptet, daß ein Mann vor dem Bett stünde, der ihn auf den Bauch geschlagen hätte. Reagierte später auf Anfragen, war aber schwer besinnlich. Dauer 10 Min. In den folgenden Tagen spontane Urinentleerung.

26. V. Blutiger Urin.

30. V. Kein Blut mehr im Urin seitdem. Untersuchung in Chloroformnarkose: Das trommelförmig vorgewölbte Abdomen wird allmählich weich, flach, eindrückbar. Keine Reflexkrämpfe beim Betasten. Haut- und Sehnenreflexe erloschen. Es erscheint aber eine erhöhte mechanische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln beim Beklopfen, dabei starke idiomuskuläre Zuckungen.

2. VI. Urin enthält mikroskopische Bestandteile.

3. VI. Im Bade ähnlicher Anfall wie am 11. V. Anscheinend bewußtlos. Er atmet in Stößen, das Zwerchfell steht in tonischem Krampfzustand. Die Augen sind nach oben gerichtet, die Pupillen reagieren auf Licht. Bauch- und Oberschenkelmuskulatur tonisch kontrahiert. Hände zuweilen in Klauenstellung. Kopf wird stark in die Kissen zurückgebeugt. Reagiert nicht auf Anrufen, halluziniert anscheinend, da er im Bett gelegentlich nach etwas sucht. Begießung mit kaltem Wasser macht wenig Eindruck. Bei Druck auf die Testes plötzliches Auffahren, Rückkehr des Bewußtseins. Nach 15 Min. ist alles vorüber. Er fragt, was gewesen sei, er will Männer gesehen haben, die im Moment des Aufwachens verschwunden sein sollen. Am Abend ohne äußere Veranlassung wieder ein Anfall. — Pat. hat (bei fast täglicher Prüfung) bisher eine eigentümliche krampfartige Erscheinung in den Händen gezeigt. Er kann ähnlich wie bei der Thomsen'schen Krankheit die geschlossene Hand auf Aufforderung nicht rasch öffnen, sondern erst nach allmählicher Ueberwindung der Beuger, die tonisch kontrahiert sind. Der Gang ist durch teils klonische teils tonische Kontraktionen oft behindert oder erscheint unsicher. Bei Beobachtung scheinen die Störungen zuzunehmen (Suggestion.)

22. VI. Entlassen.

Nachtrag: Der Vater gibt an, daß Pat. bezüglich seines früheren Lebens, daß er Schlangenmensch gewesen sei etc., falsche Angaben gemacht habe. Er habe nur mit einem Künstler verkehrt und scheint dessen Erlebnisse als die eigenen sich suggeriert zu haben.

Ergänzung zur Anamnese: Von seiten des Vaters besteht tuberkulöse Belastung, der Vater selbst leidet an Asthma und ist sehr nervös. Die Mutter ist ebenfalls eine sehr aufgeregte, nervöse Frau, schwankend und unberechenbar in ihren Stimmungen, unbeherrscht in ihren Aeusserungen, dabei aber scheinbar gutherzig bis zur Schwäche. Eine ältere Tochter gleicht der Mutter im Wesen, sie ist ebenso lebhaft und redselig. Seit ihrer Jugend hat sie den Wunsch, zur Bühne zu gehen. Ein jüngerer 13jähriger Sohn

verfertigte Zeichnungen von Luftschiffen, er soll sich fortwährend mit der Idee beschäftigen, einmal fliegen zu können. Thomas war als Kind gesund aber schwächlich, nervöse Störungen sollen sich nicht gezeigt haben. Er war lebhaft, gutmütig, weich und zärtlich und „schmeichelte gern ein bischen". Man verzog ihn deshalb sehr. In der Schule war er ganz gut. Von jeher hatte er große Lust zu Abenteuern und fabulierte unmögliche Geschichten zusammen, die er dann am Ende selbst glaubte. So hatte sich z. B. auch nach dem Verkehr mit einem Seiltänzer die Vorstellung in ihm festgesetzt, daß der Vater Zirkusdirektor sei und er Künstler auf dem Trapez (s. Anamnese). Ueber die Veranlassung zur Urinverhaltung und zu den Krämpfen macht die Mutter folgende interessante Mitteilung: Der Knabe sei auf der Straße während des Wasserlassens von einem vorübergehenden Jungen heftig erschreckt worden und habe infolgedessen nicht weiter urinieren können. Er sei „ganz weiß im Gesicht" zur Mutter gekommen und habe den Vorgang erzählt. Die Mutter, durch sein Aussehen beängstigt, gab ihm zur Antwort: „Von einem solchen Schreck kann man ja die fallende Krankheit kriegen." Am nächsten Tage traten Beschwerden beim Wasserlassen auf und kurz darauf die ersten Krämpfe. Pat. machte „merkwürdige Gesichter", sprang vor und fiel dann hin, ohne sich zu verletzen. Das Bewußtsein war erloschen. Er zitterte mit Händen und Füßen und hatte den Daumen eingeschlagen. Nach kurzer Zeit war alles vorüber. Die Anfälle wiederholten sich häufiger. Die Störungen beim Wasserlassen bestanden ebenfalls fort und der Leib wurde immer gespannter und dicker. Weil die verschiedensten Behandlungen ohne Erfolg waren, schickte man den Knaben nach Heidelberg.

Katamnese: Nach der Entlassung aus der L. H. A. bestanden keine Beschwerden beim Wasserlassen mehr, dagegen traten Krämpfe noch häufiger auf. Seinen Eltern machte Thomas große Sorge, weil er beständig davon sprach, daß er mit dem Schiff fort wolle, um die Welt zu sehen. Mit 17 Jahren brannte er schließlich durch, wozu ihn Freunde verführt haben sollen. Er schrieb eines Tages, daß er seine Papiere brauche, da er 5 Jahre zur See wolle. Seitdem war er nie mehr zu Hause, stellte sich auch nicht zum Militär. Er ist jetzt 30 Jahre alt und soll, nachdem er in England sein Steuermannsexamen gemacht hat, als Steuermann fahren. In seinen Briefen gibt er manchmal die abenteuerlichsten Erlebnisse, z. B. von großen glücklich überstandenen Gefahren, zum besten, körperlich scheint es ihm gut zu gehen. Sein letzter Brief, den die Eltern vor etwa 4 Jahren erhielten, ist bemerkenswert durch eine etwas verschnörkelte, gezierte Redeweise und überschwengliche Aeußerungen seines Heimwehs.

Epikrise:

Bei diesem Kranken fällt zunächst auf, daß sich die jedem normalen Kinde in gewissem Maße anhaftende Phantasietätigkeit zu einer solchen Höhe und Ausdehnung entwickelte, daß das Handeln fast andauernd dadurch beeinflußt wurde. Mit Hilfe einer üppigen Phantasie gelang es dem Knaben, sich in gewünschte und vorgestellte Lebenslagen und Situationen mit solcher Lebendigkeit hineinzuträumen, daß er sie schließlich selbst

glaubte und als wirkliche Geschehnisse erzählte. Insoweit erinnern die Erscheinungen wohl zunächst an das Krankheitsbild der Pseudologia phantastica, sollen aber in gewtssen Grenzen auch oft der Hysterie eigentümlich sein. So gibt z. B. Moses [1]) von den phantastischen Lügen eines Hysterischen Schilderungen, die auf unseren Fall durchaus passen. Er sieht das beschwerende Moment vor allem in der egozentrischen Richtung der Phantasietätigkeit, in den auf das eigene Ich sich beziehenden und zur Steigerung der Bedeutung des eigenen Ich reproduzierten Phantasievorstellungen. „Die bedeutungslosesten Erlebnisse werden phantastisch ausgekleidet, um die eigene Person mit einem phantastischen Nimbus zu umkleiden.“ Gleiches spiegeln alle Erzählungen unseres Patienten wieder, ob er nun von seiner Vergangenheit und seinen Schicksalen spricht, oder die Veranlassung zu seinen körperlichen Störungen auf alle Weise auszuschmücken sucht. (siehe Anamnese.)

Vor allem aber weisen andere Momente darauf hin, daß das vorliegende Krankheitsbild mit größerem Recht der Hysterie als der Pseudologia phantastica zugeschrieben werden kann. Wir sehen, wie außerordentlich leicht es gelang, fremde Vorstellungen in die Seele des Knaben zu übertragen, die dann mit Hilfe der Einbildnngskraft den Wert der Wirklichkeit erlangten, wie z. B. der Vorgang zeigt, der zur Entstehung der Anfälle führte. Auf eine bloße Aeußerung der Mutter hin, daß nach Schreck epileptische Krämpfe auftreten könnten, zeigte sich am folgenden Tage der erste Anfall. Noch auffallender trat die starke Suggestibilität des Knaben in der Klinik in Erscheinung, wo fast auf jede Frage des Arztes sich krankhafte Zustände einstellten. Daß es sich dabei um reine Simulation handelte, ist nicht wahrscheinlich, wenigstens können nach Strohmayer (l. c.) sich bestimmte körperliche Veränderungen nur auf Grund pathologischer Phantasie-Vorstellungen ohne Zutun des Patienten entwickeln. Aber „von der krankhaften Phantasie zur Lüge ist nur ein Schritt.“ (Strohmayer l. c. p. 98.) Die Urinretention und zeitweise Anurie und der gespannte und auf Druck schmerzhafte Bauch scheinen allerdings aus reiner Lust und Freude am Schwindeln und dem Wunsch, Aufsehen und Verwunderung zu erregen, produziert worden zu sein.

Schon in der Kindheit zeigte der Knabe Eigenschaften, die der phantastischen Form der Hysterie eigen sein sollen. Er war heiter, amüsant, und wußte sich überall beliebt zu machen durch geschicktes Einschmeicheln. Für die Prognose verhängnisvoll war jedenfalls der Umstand, daß der Knabe in seiner Neigung zum Ausdenken unwirklicher Ereignisse und zum Ausschmücken aller selbst gleichgültiger Dinge durch eine ähnliche, wenn auch nicht so stark ausgeprägte Phantasietätigkeit der Mutter und Geschwister (s. Erg. zur Anamnese) noch unterstützt wurde. Sein Schicksal und der abenteuerliche Inhalt seiner Briefe beweisen, daß sich diese Neigungen auch später im Berufsleben nicht ganz verloren haben.

Fall 20. Ulrike H. Illegitim. Stiefvater Glaser. 7 Jahre alt. Aufgenommen am 7. XII. 1900.

[1]) Moses, Die Abarten des kindlichen Phantasielebens. Langensalza 1906.

Anamnese: Vater des Kindes im Zuchthaus, Mutter gesund. 3 Stiefgeschwister sind gesund. Pat. wurde rechtzeitig geboren, nicht gestillt, soll überhaupt in den ersten Jahren von dem Pflegevater und der Mutter sehr vernachlässigt sein. Sie machte eine schwere Rachitis durch und lernte erst im dritten Jahre laufen. Durchfälle, krampfartige Zustände wurden früher niemals beobachtet. 1899 Masern. Seit Ostern 1900 besuchte das Kind die Schule. Anfang November traten krampfartige Zustände auf, die bis jetzt dauern, sich langsam steigern und auch im Schlaf beobachtet werden. Psychisch zeigt sich in letzter Zeit oft Eigensinn, der vorher nicht bemerkt wurde. Der Stiefvater gibt an, daß das Kind in der Schule wegen seines Leidens vielfach mißhandelt und häufig an den Haaren gerissen wurde und meint, daß damit die Krankheit im Zusammenhang zu bringen sei.

Status: Gut entwickeltes Mädchen, nicht anämisch. Drüsenschwellungen. Spuren überstandener Rachitis am Schädel und an den Beinen. Zähne teilweise cariös, alle fleckig, 2 Incisivi fehlen. Gaumen ziemlich steil. Innere Organe o. B. Nervensystem: Im Gebiet der gesamten Körpermuskulatur treten beständig unwillkürliche Zuckungen auf von ziemlicher Intensität. Sie scheinen sich bei Beobachtung zu steigern, sind durch energisches Verbieten nicht ganz zu unterdrücken, doch sehr wesentlich zu beschränken. Man beobachtet athetoseartige Bewegung der Zehen. Beim Umhergehen außer Bett dienen die Bewegungen der Patientin dazu, gewisse theatralische Stellungen einzunehmen. Einmal schlägt sie dadurch fast mit dem Ellenbogen an. Aktive Bewegungen sind alle möglich. Die Zunge wird gut herausgestreckt, aber nicht ruhig gehalten. Beim Oeffnen des Mundes beobachtet man Zuckungen in den Kaumuskeln. Beim Ausstrecken der Hände kein Tremor. Die Koordination scheint ungestört, doch werden die Bewegungen links etwas ungeschickter ausgeführt als rechts. Sensibilität intakt. Keine Stigmata. Reflexe lebhaft. Kornealreflex vorhanden. Würgreflex scheint etwas herabgesetzt. Intelligenz scheint auf Grund der heutigen Untersuchung gut zu sein.

Ord.: täglich ein kühles Bad. Arsen-Eisen.

Verlauf: 10. XII. Seit der Aufnahme scheint Pat. sich wesentlich ruhiger zu verhalten, ist nicht eigensinnig und unfolgsam.

14. XII. Pat. wieder unruhiger auch des Nachts. Die Schwester hat bei der Pat. Neigung zu Exhibitionismus konstatiert. Die Genitalien zeigen außer einer ziemlich großen Klitoris nichts Abnormes. Beim Aufstehen ist die Neigung zu theatralischen Handlungen wieder sehr deutlich.

Pat. beißt sich sehr viel auf die Nägel.

15. XII. Größere koordinierte Bewegungen, zuweilen typisch choreatische Bewegungen. Kokettiert ohne psychische Erregung. Prunkt deutlich mit den Krankheitserscheinungen.

16. XII. Oft ungebärdig.

21. XII. Mehrfach der Lüge überführt, häufig ungezogen.

27. XII. Ruhiger und artiger.

10. I. Valeriana-Eisen.

16. I. Pat. darf aufstehen, wird beschäftigt.

2. II. Immer wieder treten bei der Patientin Defekte der moralischen Grundprinzipien zu Tage. Altruistische Gefühle wie Eltern- und Geschwisterliebe scheinen ihr ganz zu fehlen.

12. II. Ruhiger, ordentlicher. Von Chorea selten mehr etwas wahrzunehmen. Steht nicht ruhig, windet sich mit dem Körper hin und her.

19. II. Aendert sich im wesentlichen nicht. Gibt Zeichen von Eitelkeit und großer Selbstgefälligkeit. Die Kinder auf dem Saal können sie nicht leiden, sie stößt die Kinder hinterrücks, schneidet ihnen Gesichter. Lacht laut kreischend, ordinär. Geniert sich, wenn Arzt oder Professor mit ihr sprechen, windet sich hin und her. Das Ganze trägt den Typus des Kokettierens. Auf strenges Geheiß steht sie ganz still.

26. II. Aufträge richtet sie gut aus. Ist stolz auf ihre Leistungen, will gern gelobt sein. Mit guten Worten leicht zu regieren, Strafen fürchtet sie. Sehr ablenkbar. Die intellektuellen Fähigkeiten scheinen recht gering, obwohl eine gewisse Schlauheit ihr nicht abzusprechen ist.

6. III. Patientin auf Wunsch des Stiefvaters entlassen. Es wird ihm dringend geraten, das Kind in einer Erziehungsanstalt unterzubringen.

Ergänzung zur Anamnese: Die Mutter ist eine wehleidige, unzufriedene Person, die Häuslichkeit ist ärmlich und unbehaglich. Eins der Stiefgeschwister soll auch Andeutungen von Chorea gehabt haben und herzleidend sein. Ulrike hat von jeher viel gelogen.

Katamnese: Die Anfälle traten nach Entlassung aus der Klinik wieder auf, monatlich vielleicht einmal. Patientin bewegte nur die Arme und den Körper hin und her. Dabei waren die Augen weit geöffnet und der Blick starr. Sonst war sie körperllich gesund. In der Schule war sie faul und frech, auch zu Hause saß sie viel untätig herum oder quälte die Geschwister, indem sie sie ohne Grund auf den Kopf schlug. — Mit 11 Jahren war Ulrike wieder in der Klinik, weil die choreatischen Zuckungen stärker auftraten. Diesmal war ihre Beziehung zur Psyche sehr ausgesprochen. Sie verstärkten sich bei Beobachtung und traten am intensivsten auf, wenn das Kind sich mit andern Kindern zankte und deshalb getadelt wurde. Dabei bestand starkes Grimassieren. Im übrigen war das Mädchen streitsüchtig, ungefällig, prügelte sich mit der Nachbarin, kokettierte mit dem Arzt. Körperlich wurden lebhafte Reflexe und starker Dermographismus festgestellt.

Mit 13 Jahren kamen die Anfälle sehr selten, und man gab das Mädchen in Dienst. Nach 14 Tagen lief es von da fort und kam abends nicht heim. Es war unterwegs spät aufgefunden und in einem benachbarten Ort beherbergt worden. Man versuchte nun, Ulrike zu Haus zu behalten, es ging aber nicht, da sie die Geschwister schlecht behandelte. Abends lief sie fort auf die Messe, kam erst spät heim und schloß sich die ganze Nacht im Abort ein. Man gab sie nun auswärts in Stellung, sie lief aber wieder fort und suchte sich in einem anderen Ort einen Dienst. Schließlich gab man sie in das Schwesternhaus Bethania, wo sie sich seit 5 Monaten befindet und im Haushalt hilft.

Der Hausarzt des Schwesternhauses berichtet über sie, daß man bisweilen noch unwillkürliche Bewegungen in den Schultern und Achseln bemerke, sonst sei die Patientin körperlich gesund. Sie sei sehr unzugänglich, antworte auf Fragen vielfach garnicht, sondern blicke abseits in eine Ecke, den Kopf nach einer Seite gewendet. Der Blick sei finster und verrate unterdrückten Groll.

Epikrise:

Emminghaus (p. 280) betont die Möglichkeit einer Entwickelung förmlicher Gemütsentartung auf Grund von Hysterie, bei der es zu moralischer Fühllosigkeit, zu Roheiten und Verbrechen und zu vorzeitigem Erwachen sexueller Erregung kommen kann. Alle diese Eigenschaften, die wohl annähernd die Charakteristik des vorliegenden Falles erschöpfen, finden sich in gleicher Weise bei dem moralischen Irresein der Kinder. Deshalb gilt es zunächst festzustellen ob andere spezifisch hysterische Symptome die Annahme, daß der moralische Defektzustand hier auf hysterischem Boden erwachsen ist, rechtfertigen.

Daß der Vater des Kindes im Zuchthaus ist, spricht mehr für die Möglichkeit einer angeborenen degenerativen Anlage, ebenso das Vorhandensein von Degenerationszeichen, und das Zurückreichen der sittlichen Unfähigkeit bis in die frühe Jugend bei genügender Verstandesbildung (Kraepelin l. c. 2. p. 824).

Aber gerade in Hinsicht auf die letzte Bemerkung muß man bedenken, daß das Milieu, das dem Kinde doch die ersten psychischen Reaktionen abnötigt, und seine Erziehung (s. Anamnese) sicherlich geeignet waren, die dem Hysteriker stets eigentümliche seelische Disharmonie noch zu steigern und damit zur Entwickelung des degenerativ hysterischen Charakters, wie er oben geschildert wurde, beizutragen. Vor allem aber könnten für eine hysterische Grundlage die ausgesprochen hysterischen Erscheinungen, die das Kind in der Klinik darbot, sprechen, sein Hang, sich bemerkbar zu machen, zu kokettieren, zu schmeicheln, und die starke suggestive Beeinflussung der körperlichen Symptome.

Ob die bei der ersten Aufnahme beobachteten choreatischen Zuckungen rein psychogen bedingt oder auf eine echte, eventuell rheumatische Chorea zurückzuführen sind, ist nicht deutlich zu entscheiden, die Steigerung der krankhaften Erscheinungen auf psychische Einwirkungen hin (s. Verlauf) war ja jedenfalls hysterischer Natur, ebenso das später in der Klinik beobachtete Recidiv (s. Katamnese).

Eine sichere Entscheidung, ob es sich hier um Hysterie handelt, ist nicht möglich. Im weiteren Verlauf scheint die hysterische Komponente mehr in den Hintergrund zu treten, während eine, alle höheren Gefühle vernichtende gemütliche Stumpfheit das Krankheitsbild beherrscht. Auch das jetzige Verhalten der Patientin, ihre Unzugänglichkeit, der heimliche Widerstand, der sich in ihrer Haltung ausdrückt, machen die Diagnose Hysterie zweifelhaft.

Da der Zustand sich bis über die Pubertätszeit hinaus erhalten hat, ist die Prognose wohl als durchaus ungünstig anzusehen.

Fall 21. Wally G. Fabrikantentochter aus L. 7 1/2 Jahre alt. Aufgenommen am 4. VI. 1902.

Anamnese: Vater gesund, Mutter leidet an Schlaflosigkeit, ist sonst gesund. Keine erbliche Belastung. 4 gesunde Geschwister. 1 Bruder starb an Kroup.

Pat. wurde rechtzeitig geboren mit Zange, war nicht asphyktisch. Lief mit 1 Jahr. Vor 3 Jahren hatte sie Wasserpocken und im Anschluß daran eine schwere Nierenentzündung (Scharlach?). Sie war sonst gesund, nie nervös und aufgeregt; der Schlaf war ruhig. Seit 1 Jahre bemerkten die Eltern Zittern an den Händen. Eine stärkere Gemütsbewegung oder Strafe soll nicht voraufgegangen sein. Die Eltern denken, daß die Erkrankung mit dem Beginn der Schule zusammenhängen könne. Von Gelegenheit zur Nachahmung ist nichts bekannt. Das Zittern blieb sich im wesentlichen gleich, hat aber eher etwas zugenommen. Es tritt besonders heftig auf, wenn Pat. rasch irgend etwas manuell verrichten will. Sonst keine Beschwerden, keine Kopfschmerzen, keine Enuresis, kein unsicherer Gang. Das Kind wurde schon wiederholt mit Arsen behandelt. Kalte Abwaschungen vertrug es nicht.

Status: Gesund aussehendes, gut genährtes Kind. Die Zähne sind auffallend schlecht gebildet, von verschiedenen Größenverhältnissen, gesägt, z. T. cariös. Im Stuhl spärliche Eier von Trichokephalus dispar. Sonst körperlich normal. Nervensystem: Feinschlägiger Tremor in den Händen, der sich besonders deutlich bei Bewegungen äußert und um so lebhafter wird, je mehr sich Pat. beeilt, oder je größer die Anstrengung ist, etwas manuell zu verrichten. Außerdem bemerkt man hie und da Zuckungen bezw. ausfahrende Bewegungen im Unterarm, in den Schultern, im Bein. Auch der Kopf zeigt mitunter leichtes Zittern oder Zuckungen. Im Gesicht werden Zuckungen nicht beobachtet. Doch tritt in den Beinen, wenn Pat. im Liegen die Füße hebt, ganz analoges Zittern auf, und zwar rechts scheinbar etwas stärker als links. Beim Gehen keine Unsicherheit. Stehen mit geschlossenen Augen gelingt gut. Die Zunge zeigt ebenfalls beim Herausstrecken Zuckungen mannigfacher Art. Beim Fixieren kein Nystagmus. Die feineren Bewegungen sind durch das Zittern wenig beeinträchtigt, das Greifen geschieht etwas unsicher, aber Attaxie besteht nicht. Knöpfe öffnen und schließen, Schleifen binden, sich an- und ausziehen geht ohne Störung. Schrift ist dem Alter entsprechend. Durch strenges Verbieten kann das Zittern weder unterdrückt noch verringert werden. Hirnnerven zeigen keine Störungen. Die Reflexe sind etwas gesteigert. Keine Stigmata. Das Wesen der Pat. ist etwas scheu, sonst läßt sich nichts speciell Hysterisches beobachten. Die Intelligenz ist vielleicht etwas unter der Norm.

Ord.: Galvanisation, Turnübungen, Psychotherapie, Hypophosphitsyrup.

Verlauf: 10. VI. Keine wesentliche Besserung. Wenn Pat. sich Mühe gibt, kann sie den Tremor unterdrücken. Arseninjektionen.

11. VI. Der Tremor ist sehr ungleich, zeigt sich aber deutlicher, wenn man davon spricht.

18. VI. Keine Aenderung.

26. VI. Ungeheilt entlassen. Pat. war während des Aufenthalts in der Klinik immer ordentlich, spielte mit den Kindern, zeigte keine hysterischen Erscheinungen. Seit ein paar Tagen zeigt sich eine gewisse Verschlimmerung, nachdem ein Kind, mit dem sie gern spielte, entlassen wurde.

Ergänzung zur Anamnese: Die Mutter macht einen sehr aufgeregten Eindruck, gibt auch zu, sehr nervös zu sein. Sonst liegt hereditär anscheinend nichts vor. Als Wally geboren wurde, hatte die Mutter schon ein verhältnismäßig hohes Alter. Zwischen der Geburt des vorletzten Kindes und diesem jüngsten war ein Zeitraum von 10 Jahren. Die Geburt war außerordentlich schwer (s. Anamnese). Trotzdem entwickelte sich das Kind aber normal, hatte keine Krämpfe, war ruhig. Nach der Nierenentzündung (siehe Anamnese) soll es sehr schwach gewesen sein und nach Aussage der Mutter wurde gleich nacher das Zittern bemerkt. Zuerst war es nur in den Händen und nahm an Heftigkeit zu, wenn das Kind in Aufregung geriet, was z. B. stets geschah, sobald man das Zittern beobachtete.

Katamnese: Die Arsenbehandlung wurde nach Entlassung aus der Klinik zu Hause noch lange fortgesetzt mit geringem Erfolg. Das Zittern verlor sich aber nie ganz. Dabei war Wally leicht aufgeregt und äußerst empfindlich, oder still und wortkarg. Sie schloß sich schwer an ihre Schulkameraden an. In der Schule lernte sie sehr schwer, die Mutter bezeichnet die Tochter als gedankenschwach, die Brüder meinen, sie sei gedankenfaul. Man mußte sie schließlich aus der Schule fortnehmen. Jetzt beschäftigt sie sich im Haushalt, ist aber sehr zerstreut, arbeitet langsam, vergißt vieles, ist äußerst unzuverlässig. Die Periode trat zwischen 12 und 13 Jahren auf, ist regelmäßig und ohne Beschwerden.

Das Mädchen ist jetzt 15 Jahre alt, ist sehr schüchtern und gibt nur kurze Antworten. Alle Bewegungen haben etwas Ungeschicktes, Tappiges. Das Gesicht ist breit und grob, ohne Ausdruck, die Gestalt dick und plump. Die Sprache ist im Gegensatz zu der äußerst schnellen und lebhaften Sprechweise der übrigen Familie langsam und monoton, bietet aber sonst keine Störungen. Der Tremor, der in der Ruhe nur sehr wenig bemerkbar ist, wird sofort lebhafter, wenn man das Mädchen bittet, seine Hände auszustrecken. Kopf und Beine werden ruhig gehalten, die Zunge zittert leicht beim Vorstrecken.

Epikrise:

In diesem Falle finden wir eine hysterische Veranlagung bei einem leicht schwachsinnigen Kinde. Die erbliche Belastung (Nervosität der Mutter) dürfte zur Begründung des Schwachsinns kaum ausreichen. Man wird den geistigen Defektzustand entweder als eine Folge der schweren Geburt, bei der die Zange angewandt wurde, oder, da das Kind sich anfangs durchaus normal entwickelt haben soll, was allerdings in den ersten Jahren bei leichtem Schwachsinn nicht einfach zu beurteilen sein dürfte, als Folge von Scharlach, den das Kind mit 4 Jahren durchmachte, auffassen müssen. Daß in bezug auf Schwachsinn den akuten Infektionskrankheiten eine sehr wichtige aetiologische Rolle beizumessen ist und man erlebt, daß darnach die Gehirnentwicklung ruckartig stehen bleibt, betont u. a. Strohmayer (l. c. p. 187).

Während alle bisher besprochenen Fälle kindlicher Hysterie ein auf starker Empfänglichkeit und lebhafter Phantasietätigkeit beruhendes mehr oder weniger wechselndes Krankheitsbild boten, sehen wir, daß bei diesem schwachsinnigen Kinde wohl aus Mangel an neuen Vorstellungen ein außerordentlich einförmiger Zustand sich entwickelte, der mit der Zeit an Intensität etwas verlor, aber seitdem doch ununterbrochen besteht.

Daß es sich dabei um hysterischen Tremor handelt, ist sicher anzunehmen, da das Zittern, das in der Ruhe kaum erkennbar ist, sofort an Stärke zunimmt, wenn der betreffende Körperteil in eine Stellung gebracht wird, welche eine andauernde Muskeltätigkeit zu ihrer Aufrechterhaltung notwendig macht (Binswanger l. c. p. 522), während z. B. bei dem Tremor essentialis, der hier noch in Frage kommen könnte, das Zittern bei energischen willkürlichen Innervationen der Muskeln in der Regel aufhört (Strümpell l. c. p. 324). Ein reiner Intentionstremor ist äußerst selten. Ferner spricht für den psychogenen Charakter der deutliche Einfluß der Aufmerksamkeit auf den Tremor, indem er auch in der Ruhe sofort stärker wird, wenn die Kranke sich beobachtet sieht, oder wenn direkt, z. B. bei der Untersuchung, die Vorstellungen der Kranken auf diese motorischen Reizerscheinungen gerichtet worden sind.

Die Aetiologie ist in diesem Falle nicht ganz klar. Nach den jetzigen Angaben der Mutter (s. Erg. zur Anamn.) soll das Zittern im Gefolge der Infektionskrankheit aufgetreten sein, es würde sich demnach vielleicht um die Fortdauer eines infektiösen Tremor handeln können. Früheren Angaben zufolge soll das Zittern mit dem Beginn des Schulbesuchs zusammengefallen sein, (s. Anamn.), was bei einem schwachsinnigen Kind, für das der Unterricht wegen seiner ungenügenden Leistungen und seinem Hang zu Träumerei und Unaufmerksamkeit eine Quelle der Angst sein muß, leicht begreiflich wäre. Eine sehr plausible Erklärung gibt Hermann (l. c. p. 106) für die Entstehung hysterischer Phänomene bei Schwachsinnigen. Er meint, daß bei leicht Schwachsinnigen der Boden für Hysterie deshalb oft günstig sei, weil „sie unbewußt durch hysterische Symptome ihrer Umgebung die Teilnahme und Schonung abzwingen, die ihnen infolge ihrer Minderwertigkeit zu erringen schwer fällt.“

Hysterische Symptome sind bei Schwachsinnigen in der Regel hartnäckig, weil wegen ihrer geistigen Trägheit eine psychische Beeinflussung überhaupt schwer zu erzielen ist. Auch bei dieser Patientin erwiesen sich bis jetzt alle therapeutischen Maßnahmen als wirkungslos.

Fälle nicht reiner Hysterie.

1) Organische Kranke. (Fall 22—24)

Die beiden letzten noch zu behandelnden Gruppen haben wir als „Fälle nicht reiner Hysterie“ von den vorigen abgesondert, weil die organischen Störungen gegenüber den psychogenen durchaus im Vordergrund stehen und es zu einem selbständigen Krankheitsbild Hysterie in keinem Falle kommt.

Wir besprechen zunächst kurz 3 Fälle, die wir als „chronisch

körperliche Kranke" deshalb bezeichnet haben, weil schwere chronische Leiden das Krankheitsbild beherrschen und man in keinem Falle mit Sicherheit erkennen kann, bis zu welchem Grade die mannigfaltigen körperlichen Krankheitserscheinungen an der Entstehung der hysterischen Symptome mitwirken, ja, inwieweit es sich überhaupt um solche handelt.

Fall 22. Hermine B. Landwirtstochter aus Horrenberg. 11 Jahre alt. Aufgenommen am 29. IV. 1897.

Anamnese: Der Großvater starb an Lungenleiden, sonst Familienanamnese ohne Belang. Pat. wurde rechtzeitig geboren, hatte als kleines Kind Gichter. Mit 10 Jahren machte sie Masern durch. Seitdem soll eine Veränderung in dem Wesen des Kindes eingetreten sein. Es wurde stiller, sprach wenig, machte einen stumpfen Eindruck. Die Eltern schieben die Veränderung darauf, daß das Kind nach Ueberstehen der Masern in geringem Grade schwerhörig wurde. Im Anfang dieses Jahres zeitweises Klagen über Rückenschmerzen, später über Schmerzen in der rechten Hüfte. Der Arzt nahm an, daß es sich um Coxitis handle und verordnete Salzbäder und Leberthran. In letzter Zeit sollen die Schmerzen oft plötzlich in das rechte Bein hineinfahren. Daneben Gefühl des Eingeschlafenseins in beiden Füßen. Das Kind soll infolge verminderten Appetits abgemagert sein. Husten, Nachtschweiße bestehen nicht. Die Ursache des Leidens ist unbekannt.

Status: Leidlich entwickeltes, mäßig ernährtes Mädchen. Keine stärkeren Drüsenschwellungen mit Ausnahme der rechten Inguinaldrüsen. Flacher Thorax. Innere Organe gesund. Die Leber ist etwas vergrößert. Nervensystem: Die motorische Kraft im rechten Quadriceps scheint leicht herabgesetzt. Der Umfang des Ober- und Unterschenkels ist rechts 1 cm geringer als links. Die Patellarreflexe sind beiderseits sehr gesteigert, und es besteht Fußklonus. Geringe Druckempfindlichkeit in der rechten Ileo-coecalgegend, sonst keine Stigmata. Patientin nimmt im Bett die aktive Rückenlage ein. Die beiden Spinae iliacae stehen in gleicher Höhe, bei passiver Bewegung des rechten Beines geht das Becken nicht mit. Keine Verkürzung des rechten Beines. Leichte Schmerzhaftigkeit bei Druck auf den rechten Trochanter, bei aktiver Beweglichkeit keine Schmerzen im Hüftgelenk. Bei Untersuchung der Wirbelsäule fällt eine gewisse Steifigkeit sowie eine leichte Lordose der unteren Brust- und oberen Lendenwirbelsäule auf, doch ist keinerlei Schmerzhaftigkeit bei Druck nachzuweisen. Beim Gehen wird das rechte Bein ganz steif gehalten, ebenso die rechte Beckenhälfte. Die linke Beckenhälfte bewegt sich, das linke Bein knickt regelmäßig im Knie ein. Durch einiges Zureden gelingt es, diese Art des Gehens auszuschalten Pat. ist fieberfrei, hat leidlich Appetit. Untersuchung der Ohren ergibt: eine Verdickung, Trübung und Einziehung beider Trommelfelle. Der Gesichtsausdruck ist etwas stupide.

Ord.: Bettruhe, Kreosot. 2 mal tägl. kühle Abwaschungen. Gymnastik.

Verlauf: 2. V. Die elektrische Untersuchung der Muskulatur des

Oberschenkels ergiebt eine Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit für faradischen und galvanischen Strom bei Reizung des Quadriceps.

6. V. Infolge der Verbalsuggestion und Darreichung von Valeriana ist eine deutliche Besserung des Zustandes eingetreten. Pat. knickt fast nicht mehr ein und springt in unbeachteten Augenblicken wie ein normales Kind herum.

8. V. Befinden andauernd gut. Pat. springt im Garten herum wie andere Kinder. Ueber Schmerzen in der Hüfte wird nicht mehr geklagt.

13. V. Geheilt entlassen.

Ergänzung zur Anamnese: Die Eltern sind beide nervös. Von 10 Kindern sind 2 gestorben; 7 leben gesund. Hermine war früher „gemütlich und gesund“, hatte keine Krämpfe (s. Anamn.), keine Rachitis. In der Schule kam sie ganz gut mit. Erst seit den Masern war das Kind verändert. Eine Ursache für die Schmerzen weiß die Mutter nicht.

Katamnese: Nach der Behandlung in der Klinik traten nur bei Anstrengung Schmerzen im rechten Bein auf, und später auch während der Menstruation. Mit 14 Jahren schlug Hermine bei einem Eisenbahnunfall so heftig mit dem Kopf gegen die Wand, daß sie aus Nase und Mund blutete. Seitdem klagt sie häufig über Kopfschmerzen, besonders in der Scheitelgegend. Vor 5 Jahren trat oft Schwindel auf, zugleich verschlimmerte sich das Ohrenleiden, das nach der Masernerkrankung aufgehoben war. Es wurde eine Operation am rechten Ohr gemacht, bei der Hammer und Amboß fortgenommen wurden. Seit der Zeit ist das Mädchen dauernd in Behandlung wegen einer Eiterung aus beiden Ohren und soll empfindlich und leicht gereizt sein. Sie ist jetzt 23 Jahre, sehr schwerhörig, dabei aber zutraulich und offenherzig. Sie arbeitet in einer Zigarrenfabrik, muß aber der vielen Kopfschmerzen wegen die Arbeit oft aussetzen.

Epikrise:

Für eine hysterische Componente sprechen in diesem Fall die suggestive Beeinflussung der Schmerzen und der Gehstörung und die rasche Heilung aber die vorausgegangene Appetitlosigkeit und Abmagerung des Kindes ferner die Drüsenschwellungen in der rechten Inguinalgegend, weniger wohl die unbedeutende Atrophie des rechten Beines und die herabgesetzte elektrische Erregbarkeit im rechten Quadriceps weisen doch darauf hin, daß krankhafte (entzündliche?) Prozesse im rechten Bein bestanden haben dürften, von denen mit Sicherheit nicht mehr entschieden werden kann, wie weit die dadurch hervorgerufenen Schmerzen das an und für sich leidende Kind am Gehen gehindert haben.

Die später auftretenden Beschwerden, Kopfschmerzen, zeitweise heftiger Schwindel, sind so regelmäßige Begleiterscheinungen chronischer Eiterungen der Paukenhöhle, daß wir sie auch in unserem Falle wohl darauf beziehen müssen.

Fall 23. Greta D. aus Kirchheim. 13 Jahre alt. Aufgen. am 18. VII. 1895.

Anamnese: Eltern gestorben an Zehrung. Bruder der Pat. auch schwach auf der Brust. Pat. früher stets gesund. Seit 1½ Jahren Bleich-

sucht, war zur Erholung im Schwarzwald. In der Schule sollen früher schon Anfälle vorgekommen sein.

Am 17. VII. Anfall: Inspiratorische Dyspnoe, Zuckungen, keine Bewußtseinsstörungen, keine Krämpfe. Heute in der Eisenbahn der 2. Anfall: Ziehen beim Atmen, Zuckungen am ganzen Körper. Kein Augenverdrehen. Bewußtsein erhalten. Nachher müde, matt. Keine Bewegungsstörungen. Pupillen weit.

Status: Kräftiges gesundes Aussehen, guter Ernährungszustand. Schleimhäute wenig anaemisch. Leichte Drüsenschwellungen. Keine Spuren einer früheren Rachitis. Abdomen: weich, sehr druckempfindlich in der Gegend der Ovarien, besonders links. Geringe Rachenanaesthesie. Patellarreflexe besonders links etwas erhöht, ebenso die Plantarreflexe. Motilität und Sensibilität durchaus normal.

Verlauf: 20. VII. Kein Anfall, kein Schwindelgefühl. Euphorie. Appetit gut. Uebergießungen morgens werden gut vertragen. Entlassen.

26. VII. Wiederaufnahme. Es wurden jeden Tag 2—3 Anfälle beobachtet, die mit Paraesthesien in der linken Ovarialgegend begannen und dann den in der Anamnese beschriebenen Verlauf nahmen. 5 Uhr abends: Anfall. Es wurde der Pat. schlecht. Paraesthesien von der linken Ovarialgegend ausgehend steigen nach oben, rufen das Gefühl des Zusammenschnürens am Halse hervor und erzeugen dadurch die Atemnot. Dauer 3 Minuten. Kein Bewußtseinsverlust. Keine Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen. Bespritzen mit kaltem Wasser und Druck auf das linke Ovarium kupieren den Anfall nicht. Man konnte dagegen am Schlusse des Anfalls einen neuen dadurch herbeiführen, daß man einen starken Druck auf die linke Ovarialgegend ausübte. Nach dem Anfall war Pat. müde. — Eine nochmalige körperliche Untersuchung ergab den gleichen Befund wie früher, nur stellte sich bei Untersuchung des Herzens ein etwas unreiner erster Mitralton und ein stark akzentuierter zweiter Pulmonalton heraus.

27. VII. Es gelingt, durch Druck auf das Ovarium einen typischen Anfall zu erzeugen.

4. VIII. Kein Anfall mehr.

5. VIII. Entlassen.

Ergänzung zur Anamnese: Die Eltern starben, als Greta 3 Jahre alt war. Sie kam in Konstanz in Pflege, wurde aber mit 12 Jahren fortgeschickt, weil sie „so bös“ war. Die Pflegeeltern in Kirchheim waren zunächst ganz zufrieden mit ihr. Sie war zwar leicht gereizt und empfindlich und spielte deshalb nicht gern mit andern Kindern, wenigstens nicht, wenn sie sehr ausgelassen oder böse waren, benahm sich aber sonst ordentlich und saß am liebsten still und ruhig bei der Pflegemutter. Das Lernen wurde ihr schwer, besonders das Rechnen. Körperlich war sie zart, sah blaß und elend aus, war außerordentlich empfindlich im Essen, saß viel herum, war gleich „arg müde“ und vertrug besonders die Arbeit auf dem Felde nicht. Nachts schwitzte sie viel, so daß Hemd und Kopfkissen morgens ganz durchnäßt waren. An Bettnässen litt sie nicht.

Auf Wunsch des Vormunds besuchte Greta in Heidelberg die Schule. Seitdem war sie verändert und machte viel Unsinn. Sie lieh Geld auf den Namen der Pflegeeltern und kaufte Sachen dafür. Einmal bestellte sie im Namen des Pfarrers eine Torte, die sie dann mit ihren Schulgenossinnen verzehrte. Sie verschenkte Blumen und gab zur Rede gestellt zur Antwort, daß sie gehofft habe, man würde ihr etwas Hübsches dafür wieder schenken.

Der erste Anfall kam, als Greta allein zu Hause war. Man sagte der Pflegemutter, daß sie plötzlich umgefallen sei. Nachbarsfrauen hatten ihr, weil sie schwer atmete, das Kleid aufgemacht. Eine Erinnerung an den Anfall hatte das Kind nicht. Im Gegensatz zu späteren Angaben gibt die Pflegemutter jetzt an, daß das Kind ganz bewußtlos gewesen sei. Es verdrehte die Augen, zog den Atem auf und hielt die Hände krampfhaft geballt. Den zweiten Anfall bekam es im Zuge, als es zur Schule fuhr.

Katamnese: Nach Entlassung aus der Klinik traten zunächst keine Anfälle auf. Weil das Mädchen wieder unrechtmäßig Geld zurückbehielt, kam es in eine Erziehungsanstalt. Später blieb es dort zwei Jahre lang als Kindermädchen beim Direktor der Anstalt. Vom 15.—17. Jahre hatte es Bleichsucht, litt viel an Herzklopfen, hatte aber weder Anfälle noch Atemnot. Nach der Rückkehr beging es einen Diebstahl und wurde mit 4 Wochen Haft bestraft. Seitdem hielten sich die Pflegeeltern von dem Mädchen fern und wissen nichts mehr von ihr.

Patientin macht folgende Angaben: Nach dem Aufenthalt in der Klinik stellte sich noch manchmal Uebelkeit ein, z. B. wenn sie sich geschnitten hatte. Die Periode, die mit 16 Jahren einsetzte, ist regelmäßig, vorher hat sie Schmerzen, nachher leidet sie manchmal an Kopfweh und Schwindel. Sie heiratete mit 20 Jahren. Von 3 Kindern war das erste eine Frühgeburt, das zweite lebt, das letzte Kind starb an Schwäche. Das lebende jetzt sechsjährige Kind ist blaß, sehr aufgeregt, schreckhaft. Seit ½ Jahr soll es Anfälle haben, es erblaßt, fällt hin, ist ohne Bewußtsein. Es hat sich nur kleine Verletzungen zugezogen, keinen Zungenbiß. Dauer der Anfälle fünf bis sechs Minuten.

Während der Schwangerschaft traten bei der Pat. wieder Anfälle auf. Nach der letzten Geburt, seit 2 Jahren, kommen sie häufiger. Der Arzt soll die Anfälle als Herzkrämpfe bezeichnet haben (s. unten). Sie treten nach Aufregungen auf, Pat. fühlt sich schwach, hat starke Atemnot, Herzklopfen, wird übel und erbricht. Manchmal besteht dabei Bewußtlosigkeit. Sie stürzt hin, hat den Daumen eingeschlagen, oft treten klonische Zuckungen auf, der „Körper biegt sich ganz krumm", während der Kopf aufgerichtet wird. Dauer bis ½ Stunde. Das Bewußtsein kommt allmählich wieder, nachher besteht große Müdigkeit (Angaben einer Schwägerin). Zeitweise sollen sich diese Anfälle 2—3 mal wöchentlich wiederholen. Morgens beim Aufstehen oft Uebelkeit und Erbrechen. In letzter Zeit ist Patientin viel gedankenlos und sehr empfindlich, sie könnte den ganzen Tag weinen, wenn man ihr etwas Böses sagt, Schon lange Zeit leidet sie an Rückenschmerzen, Atemnot, trockenem Husten. Der Auswurf ist gering.

Der Arzt gibt an, daß er einen Anfall, den er vor 2 Jahren sah, für einen sogenannten „hysterischen" hielt. Epilepsie sei nach dem ganzen

Krankheitsverlauf völlig auszuschließen. Vor 1½ Jahren habe Pat. einen Spitzenkatarrh durchgemacht, von dem sie auch jetzt noch nicht völlig geheilt sei.

Epikrise:

In diesem Falle wird das Krankheitsbild von der anfangs noch latenten aber sich allmählich manifestierenden Tuberkulose teilweise beherrscht. Es handelt sich um ein phthisisch stark belastetes Kind (s. Anamn.), das von jeher körperlich zart und wenig leistungsfähig war, an starken Nachtschweißen und Blutarmut litt und bei dem in der Klinik außerdem noch eine Insuffizienz des Herzens festgestellt wurde (s. Verlauf). Die zuerst beobachteten Attacken, die in der Hauptsache eine starke Dyspnoe zeigten, könnten bei dem anaemischen herzkranken Kind lediglich organisch bedingt gewesen sein. Gegen eine psychogene Entstehung spricht auch, daß der erste Anfall auftrat, als das Kind allein zu Hause war, während hysterische Störungen sich gewöhnlich im Beisein möglichst vieler Personen zeigen, Allmählich nahmen die Anfälle eine kompliziertere Gestalt an, wobei allerdings der suggestive Einfluß von Seiten der Umgebung nicht zu verkennen ist. Z. B. war die Schmerzempfindung, die durch den Druck auf die Ovarien in der Klinik hervorgerufen und in der Folge von dem Kinde als Ausgangspunkt für die Anfälle bezeichnet wurde, jedenfalls eine psychogene Störung.

Die später besonders während der Schwangerschaft auftretenden Anfälle von hysterischem Charakter (s. Aussage des Arztes) finden wenigstens teilweise in den sie begleitenden mannigfaltigen körperlichen Störungen und hauptsächlich in der Lungenaffektion ihre Begründung.

Fall 24. Josef A. Vater Packträger aus Heidelberg. 9 Jahre alt. Aufgenommen am 4. II. 1893.

Anamnese: Vater gestorben an Herzschlag, Mutter gesund. 4 Geschwister klein gestorben, 1 Bruder gesund.

Pat. war immer gesund, hatte nur einmal Masern und Lungenentzündung mit Gliedererkrankung. Vor 8 Tagen bemerkte die Mutter Krämpfe, die zuerst in der rechten Gesichtshälfte auftraten, seitdem täglich Krämpfe, die zu keiner bestimmten Tageszeit auftreten. Der Junge hat während der Krämpfe starke Schmerzen, besonders im Arm, ist völlig bei Verstand und Bewußtsein, nur ist die Sprache während des Anfalls unverständlich. Dauer mehrere Stunden. Den kommenden Anfall bemerkt Pat. nicht, desgleichen hat er hinterher keine Störungen des Allgemeinbefindens.

Von Jugend an ist Pat. kurzatmig und klagt häufig über Herzklopfen. Nie Kopfweh und Schwindel. Früher beiderseits Ohrenlaufen, seit einem Jahre nicht mehr.

Status: Etwas klein, nicht sehr kräftig. Haut und Schleimhäute o. B. Keine Narben. Herz: Erster Mitralton von feinem Geräusch begleitet, zweiter Ton häufig gespalten. Zweiter Pulmonalton akzentuiert. Spitzenstoß in Mam. Linie. Puls kräftig, regelmäßig. Abdomen o. B. Nervensystem: Pupillen gleichweit, reagieren prompt. Hintergrund normal. Gehör, Geruch

gut. Trommelfell leicht getrübt. Gesichtsmuskeln: M. frontalis u. corrug. supercil. rechts sich etwas weniger kontrahierend als links, desgleichen ist der Widerstand des orbicul. palp. rechts leichter überwindbar als links. Tiefstand des rechten Mundwinkels. Beim Zähnefletschen tritt im rechten Levat. sup. zunächst eine ergiebige Kontraktion ein, aber dann beobachtet man einen fortwährenden Wechsel von Nachlassen und Wiedereintreten der Kontrakturen nach Art eines groben Zitterns. Kaumuskeln normal. Zunge zeigt häufig aber nicht immer ein Abweichen nach rechts. Gaumen o. B. Sprache etwas breiig, langsam, unverständlich. Diese Störung wird deutlicher, wenn Pat. aufgeregt ist. Motilität: Aktive und passive Beweglichkeit normal, kein Zeichen von Ataxie bei Bewegungen, wenn Pat. dagegen den rechten Arm längere Zeit in die Höhe hält, treten im Vorderarm und in der Hand Zitterbewegungen auf. Rohe Kraft: sehr groß, scheint jedoch im rechten Arm und Bein etwas geringer als links. Sensibilität: Schmerzleitung vielleicht etwas verlangsamt, sonst normal. Reflexe: Fußsohlenreflexe, Bauchreflexe, Cremasterreflex sehr lebhaft. Patellarreflexe sehr lebhaft r > l. Beiderseits Fußklonus. Masseterenreflexe sehr lebhaft.

Urinentleerung normal. Pat. macht in seinem Benehmen durchaus den Eindruck eines normalen Kindes, abgesehen von den Krampfzuständen nie Trübung des Bewußtseins.

Verlauf: 4. II. Pat. hatte wenige Stunden nach dem Eintritt abends ca. 1/4 Stunde Krämpfe, die jedoch vom Arzt nicht beobachtet sind.

5. II. Mittags 4 Uhr wieder kurze Zeit Krämpfe, ebenfalls nicht beobachtet. Ord.: Brom.

14. II. Entlassen, ohne daß Anfälle wieder zur Beobachtung kamen.

Nachdem Pat. vom 14. II.—22. II. zu Haus und in der Schule gewesen war, wird er am 22. II. wieder aufgenommen, da sich die Anfälle sehr häuften. In der Anstalt wurden, abgesehen von einzelnen Zuckungen vorübergehender Natur im rechten Facialis, keine Anfälle beobachtet.

5. III. Entlassen.

Katamnese: Da Patient und seine Mutter inzwischen gestorben sind, gelang es mir nur sehr oberflächliche Auskunft von einer in gleichem Hause wohnenden Familie, die den Patienten von Jugend auf kannte, zu erhalten. Darnach soll die Erziehung des Knaben eine sehr schlechte gewesen sein. In späteren Jahren führte er ein unsolides und wildes Leben und starb mit 22 Jahren an der Schwindsucht.

Epikrise:

Ob es sich hier in der Hauptsache um eine leichte Facialis-Parese vielleicht im Anschluß an das Ohrleiden und später auftretende motorische Reizerscheinungen handelte oder um eine hysterische Imitation derselben, läßt sich wegen der Kürze der Beobachtung nicht ganz sicher entscheiden. Der Umstand, daß es sich hier wie im vorigen Fall um ein Kind handelt, das seit der frühesten Jugend kränkelte (s. Anamn.) und in jugendlichem Alter an Tuberkulose starb, veranlaßte mich, diesen Fall der Gruppe der chronisch-kranken Kinder anzureihen.

2) Epileptiker. (Fall 25—30)

Zum Schluß wollen wir noch eine Gruppe von Fällen betrachten, bei denen die Diagnose Hysterie durch eine später sich manifestierende echte Epilepsie hinfällig geworden ist. Es muß uns im Rahmen dieser Arbeit besonders interessieren, festzustellen, ob es sich damals tatsächlich um hysterische Krankheitserscheinungen handelte, die, wie wir bei den organischen Krankheiten so häufig beobachten, hier zu einer genuinen Epilepsie hinzugetreten waren, (was als eine Folge der aufregenden und die Aufmerksamkeit der Umgebung in hohem Grade auf sich ziehenden Symptome eines epileptischen Anfalls ohne weiteres denkbar wäre), oder ob irgend welche Anzeichen dafür sprechen, daß die Aehnlichkeit besonders der kleinen epileptischen Anfälle, die im Kindesalter vorzüglich beobachtet werden, mit ähnlichen auf hysterischer Basis beruhenden zu einer Verwechslung führte und es sich also damals schon um reine Epilepsie handelte.

Die großen differential-diagnostischen Schwierigkeiten zwischen den Anfangszuständen der Epilepsie und Hysterie, zumal den Anfällen, auf die es dabei in der Hauptsache ankommt, sind bekannt, ja, in manchen Fällen soll nur eine genügend lange Beobachtung eine sichere Entscheidung ermöglichen. Das ist begreiflich, weil es, wie Bratz und Falkenberg[1]) hervorheben, „ein bestimmtes absolut pathognomonisches Symptom nicht gibt, von dem man behaupten könnte, daß es nur bei einem epileptischen oder nur bei einem hysterischen Anfall vorkäme." So sahen wir Bewußtseinsstörung im Anfall, die wohl nach Ausspruch aller Autoren den Verdacht auf Epilepsie stets rege machen muß, wenn auch verhältnismäßig selten, doch immerhin bei einigen unserer hysterischen Kinder (Fälle 13. 16. 17. 19.)

Gleichfalls wird eine träge oder aufgehobene Pupillenreaktion im Anfall, ebenfalls ein wichtiges Kriterium für Epilepsie, hier und da bei Hysterikern beobachtet, in unseren Fällen angeblich zweimal (Fall 13. 19.) Sie ist aber auch bei epileptischen Anfällen kein konstantes Symptom, und wird namentlich bei den abortiven Anfällen häufig vermißt. Gleiches gilt in noch

[1]) Bratz und Falkenberg, Hysterie und Epilepsie. Archiv. f. Psych. 38. 1904. S. 501.

höherem Maße vom Urinabgang, Zungenbiß und von anderen körperlichen Verletzungen.

Charaktereigentümlichkeiten, wie reizbares, eigenwilliges Wesen oder Schreckhaftigkeit, Aengstlichkeit sind beiden Neurosen eigen, und event. nur dann zugunsten der Epilepsie zu verwerten, wenn eine gleichnamige Belastung vorliegt[1]), oder wenn neben diesen Eigenschaften der für die Epileptiker charakteristische schwachsinnige Zug sich bemerkbar macht, den man bei unkomplizierter Hysterie niemals beobachtet, der aber auch in den meisten Fällen von Epilepsie erst im Laufe der Jahre deutlich hervorzutreten pflegt. Von größerer Wichtigkeit für die differentielle Diagnose zwischen Epilepsie und Hysterie könnte aber in zweifelhaften Fällen die Erfahrung werden, daß „eine gewisse Eintönigkeit und Einförmigkeit im psychischen Bilde, wie sie sich auch in der jahrelangen Wiederkehr der Paroxysmen zeigt“, mit ziemlicher Sicherheit für Epilepsie spricht, während „Hysterie nur selten das Wechselvolle und Sprunghafte im Krankheitsbilde vermissen läßt, sowie das psychogene Moment beim Auftreten oder im Verlauf paroxysmaler Symptome.“[2]) Jedenfalls trafen die letzten Kriterien in auffallender Weise bei fast all unseren kindlichen Hysterikern zu, wo gewöhnlich eine eindrucksvolle gemütliche Erregung die krankhaften Symptome ausgelöst hatte, die nun sofort mit mehr oder minder großer Heftigkeit einsetzten und, durch äußere Zufälligkeiten außerordentlich beeinflußbar, ein immer wechselndes, unberechenbares, imponierendes Krankheitsbild boten. Aehnliche Beobachtungen veranlaßten Bruns zu dem Schluß, daß man „bei mehrfach am Tage auftretenden Zuständen von einfacher kurz vorübergehender Bewußtloßigkeit fast nie an Hysterie zu denken brauche, es handelte sich da immer um Epilepsie.“

In Erwägung aller dieser für die Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Epilepsie event. ausschlaggebenden Momente wenden wir uns nunmehr der Betrachtung der einzelnen Fälle zu.

---

[1]) Birk W. (Ueber die Bedeutung der Säuglingskrämpfe für die weitere Entwicklung der Individuen Med. Klinik 1907) fand bei 54% der Epileptiker gleichnamige Belastung in der Aszendenz.

[2]) Bratz u. Falkenberg l. c. S. 502.

[3]) Bruns l. c. S. 44.

Fall 25. Samuel T. Fabrikbesitzerssohn aus K. 10 Jahre alt. Aufgenommen am 17. XII.—20. XII. 1900.

Anamnese: Der Vater ist gesund, die Mutter nervös und leicht aufgeregt. Vor 3 Jahren litt sie infolge von Schreck über ein totgeborenes Kind an Ischias mit Anfällen von starker Reizbarkeit, Traurigkeit, Labilität der Affekte. Vor einem Jahre gebar sie ein gesundes Kind und ist jetzt ganz normal. Ferner sind beide Großeltern väterlicherseits an Hirnleiden gestorben, eine noch lebende Schwester des Vaters ist gesund. Der Großvater mütterlicherseits war Diabetiker, die Großmutter ist gesund, nur nervös. Eine Schwester der Mutter ist gesund.

Pat. ist das älteste von 2 Kindern. Er kam rechtzeitig zur Welt, wurde von einer Amme gestillt, entwickelte sich normal, schlief gut und zeigte keinerlei nervöse Störungen. Mit 6 Jahren machte er Masern, mit 7 Jahren Diphtherie durch. Mit 8 Jahren hatte er einen leichten katarrhalischen Husten. Im ganzen war er immer ein gesundes Kind.

Im Mai 1899 rutschte Pat. aus, stolperte über eine Baumwurzel und fiel auf den Kopf. Keine Bewußtlosigkeit, kein Erbrechen, kein Trauma. Pat. setzte seinen Weg ruhig fort. Am nächsten Morgen sprang er sehr schnell eine Anhöhe hinauf. Oben angelangt hatte er einen Ohnmachtsanfall. Nach Uebergießen mit kaltem Wasser erwachte er in kurzer Zeit mit heftigem Erbrechen. Er klagte über Kopfschmerzen. Abends aß er mit gutem Appetit und marschierte am folgenden Tage wieder 2 Stunden.

Im Juli 1899 hatte er infolge eines heftigen Schrecks über einen Brand in der Fabrik seines Vaters den zweiten Anfall. Er fiel in Ohnmacht, aus der er nach kurzer Zeit nach Bespritzen mit kölnischem Wasser erwachte.

Ende August 1899 war er auf der Rückreise von der Schweiz sehr aufgeregt. Am nächsten Tage bekam er zu Haus einen Anfall. Er wurde im Stuhl sitzend plötzlich bewußtlos und erbrach.

Im Winter 1899—1900 hatte er öfters Anfälle mit Erbrechen und Bewußtlosigkeit.

Februar 1900. Besserung nach Verbot aller alkoholischen Getränke.

Juni 1900. 8 Tage vor Pfingsten verfehlte er nach einer sehr reichlichen Mahlzeit den Weg in die Schule und ging ein paar Häuser zu weit. Als er es merkte, ging er richtig zurück, mußte in der Schule erbrechen, und später zu Hause noch einmal.

August 1900. Pat. fiel beim Spiel plötzlich um, wachte aber gleich wieder auf. Er soll am Tage vorher bei den Großeltern reichlich gegessen haben. Er wurde zu Bett gebracht, bekam einen neuen Anfall, bei dem er ganz steif wurde, der Arzt habe den Zustand Katalepsie genannt.

November 1900. Erneuter Anfall nach vielen Vergnügungen in der Woche. Keine Ueberladung des Magens. Pat. spielte Klavier und mußte plötzlich erbrechen. Vor der Zeit, wo diese Anfälle auftraten, litt Patient niemals an Schwindel, auch zwischen den Anfällen ist er schwindelfrei. Nach den Anfällen sagte Pat. mitunter, daß es ihm wieder ganz schwindlich gewesen sei.

Status und Verlauf fehlen vollständig.

Ergänzung zur Anamnese: Anamnestisch von Wichtigkeit ist vielleicht noch, daß die Geburt des Pat. außerordentlich schwierig und langdauernd war. Es mußte die Zange angewandt werden. Das Kind war nicht asphyktisch, hatte nur eine große Beule am Kopf.

Vor dem Sturz klagte Pat. schon manchmal über Schwindel, vorzüglich nach Diätfehlern.

Katamnese: Die Anfälle bestehen immer noch. Zunächst kamen sie häufiger, manchmal 2 mal täglich. Seit 6—8 Jahren treten sie infolge einer regelmäßigen Behandlung mit Brom nur noch ganz vereinzelt auf und zwar nur nachts, manchmal liegen zwischen den Anfällen 1—1½ Jahr. Die Mutter will das Herannahen eines Anfalls schon 1—2 Tage vorher merken, an einem eigentümlich starren Blick des Patienten. Er selbst fühlt vorher nichts. Er wird bewußtlos, man hört ein eigentümlich grunzendes Geräusch, ein Röcheln. Er liegt dann verhältnismäßig ruhig da, der Kopf wendet sich in kurzen Stößen auf die Seite, und es besteht heftiges Herzklopfen. Verletzungen, Zungenbiß oder unfreiwilliger Urinabgang sind von den Eltern nie beobachtet (s. später). Ebenfalls tritt kein Schaum vor den Mund. Pat. soll auf Reize reagieren. Bespritzen mit kaltem Wasser bessert den Zustand langsam. Nachher ist Pat. meistens müde, manchmal auch nicht. — Die Anfälle sollen meistens nach Diätfehlern kommen, z. B. nach Genuß von Bratkartoffeln. Schwindel und Erbrechen bestehen nicht mehr.

Pat. ist in den freien Zeiten noch leicht erregt, aber nicht reizbar. Der Schlaf ist ruhig, über Kopfschmerzen klagt er niemals. Die Intelligenz ist sehr gut und hat nicht gelitten. Er ließt viel und gern, geht gern ins Theater. Er macht lange Märsche, ist körperlich sonst kräftig, nur über der Brust etwas schmal. Sport treibt er nicht. Seit 2 Jahren studiert er Chemie.

Der Arzt, ein hervorragender Neurologe, der ihn seit 6 Jahen behandelt, meint, daß es sich um eine reine idiopathische Epilepsie handelt ohne hysterische Züge. Pat. stürzt zu Boden, wenn der Anfall kommt, ist manchmal auf den Kopf gefallen und hat sich in Wange und Zunge gebissen. Die Bromkur soll außerordentlich günstig gewirkt haben, in den letzten Jahren sind die Anfälle sehr selten aufgetreten, so daß man schon an eine völlige Heilung denken konnte. Vor kurzem ist aber doch wieder ein Anfall beobachtet worden.

Epikrise:

In diesem Fall dürfte die Diagnose Hysterie lediglich dadurch veranlaßt sein, daß die Anfälle häufig auf einen Gemütsaffekt, auf körperliche Anstrengung oder eine Indigestion des Magens zurückgeführt werden konnten, wie man das in erster Linie bei der Hysterie beobachtet. Da aber epileptische Anfälle ebenfalls nicht selten durch ähnliche Ursachen ausgelöst werden, [1]) wird man daraufhin bei Fehlen weiterer psychogener Momente die Diagnose Hysterie kaum aufrecht erhalten können. Sonst aber erinnert in dem Krankheitsbild nichts an die Zustände hysterischer Kinder. Anfälle von kurzer, aber vollständiger Bewußtlosigkeit wiederholten sich in größeren

[1]) Siehe z. B. Strümpell, A., l. c. S. 711.

Zwischenräumen fast zwei Jahre lang, ohne ihren Charakter wesentlich zu verändern. Daß der Knabe einmal, auf dem Wege nach der Schule, von einem Anfall betroffen, ruhig weiterging und dabei den Weg verfehlte, gehört zu den Erscheinungen, wie man sie im Petit-mal-Anfall häufiger beobachtet [1]) und spricht nicht für Erhaltensein des Bewußtseins. Ebenfalls nicht die Angaben des Knaben, daß er wieder schwindlich gewesen sei. Erbrechen und Kopfschmerzen nach dem Anfall dürften naturgemäß auch mehr für postepileptische als für hysterische Zustände sprechen. Der Charakter des Knaben gab keinerlei Anhalt für die eine oder die andere Diagnose, ebenfalls nicht die konvergierende neuropathische Belastung.

Der weitere Verlauf der Erkrankung kennzeichnet sie als genuine Epilepsie ohne Störung der Intelligenz und des Charakters.

Fall 26. Karoline M. Schmiedtochter aus Heidelberg. $11^1/_2$ Jahre alt. Aufgenommen zum ersten Male am 28. X. 92.

Anamnese I: Vater gestorben an Tuberkulose. Mutter gesund. Von 5 Geschwistern starben 2 an Wassersucht, 1 an Gichtern, 2 sind gesund.

Seit 4 Jahren periodisch auftretende Krämpfe. Vorher Unwohlsein, Schwindel, dann Bewußtlosigkeit mit stoßweisen Zuckungen in den Händen, Armen und Beinen. Atmung laut. Schaum vor dem Mund. Die Bewußtlosigkeit dauert gewöhnlich eine Stunde, nachher besteht Mattigkeit, Kopfweh, mitunter Erbrechen. Eingeschlagener Daumen, Verletzungen, Zungenbiss sind nie beobachtet. Anfall meistens einmal am Tag mit Intervallen von 2—3 Monaten. Letzter Anfall vor 3 Tagen, dauerte ca. 1 Stunde. Aetiologisch verwertbar ist vielleicht, daß Patientin mit 5 Jahren (vor Ausbruch der Krämpfe) einen Sturz erlitt, von dem sie heute noch die Narbe auf der Stirn hat.

Status I: Dem Alter entsprechend entwickelt, etwas blaß, mäßig kräftige Muskulatur. Sensibilität intakt. Reflexe vielleicht etwas gesteigert. Geistig gut entwickelt.

Verlauf I: 7. XI. Entlassen, ein Anfall wurde nicht beobachtet.

Wiederaufnahme am 25. VII. 1893.

Anamnese II: Nach dem Austritt aus der Klinik Behandlung mit Brom und Baldriantropfen. Beim Herannahen des Anfalls wird derselbe durch Baldriantropfen kupiert, es besteht nur leichter Schwindel und gleich darauf wieder Wohlbeftnden. Es werden auch spontan kleine Anfälle beobachtet. Pat. gibt an, oft schwindlig zu sein. Etwa eine Stunde vor dem großen Anfall wird Pat. bösartig, verdrießlich und ärgerlich, sieht im Gesicht bläulichrot aus. Außer Kopfweh keine Erscheinungen vor dem Anfall. Letzter großer Anfall am 1. Juli, von da an nur leichte Schwindelanfälle, die jedesmal durch Baldrian kupiert werden konnten. Intervalle 14 Tage, manchmal täglich 2—3 kleine Anfälle.

Status: Gar keine pathologischen Erscheinungen.

---

[1]) Strümpell S. 715. Aehnliches beobachtete auch Strohmayer l. c. S. 133. Fall 40) bei einem kindl. Epileptiker.

Verlauf: 28. VII. Abends Weinkrampf. Wimmert, ruft nach der Mutter, Bewußtsein erhalten, antwortet auf Fragen. Druck auf Ovarialgegend keinen deutlichen Effekt. Zuweilen verstärken, zuweilen vermindern sich die Erscheinungen. Kaltes Wasser ins Gesicht und Zureden, später einfache Nichtbeachtung bringt die Erscheinungen in 2—3 Minuten zum Verschwinden.

30. VII. Zweiter ähnlicher Anfall.

10. VIII. Bisher kein Anfall mehr. Entlassen.

Bei einem Aufenthalt vom 28. I. bis 9. II. 1895 in der Klinik wurde kein Anfall beobachtet.

Wiederaufnahme am 6. V. 1895 zur Beobachtung wegen einer eventl. Verbringung in die Anstalt für epileptische Kinder zu Kork.

Anamnese III: Seit Juni 1894 Menstruation; alle 4 Wochen regelmäßig ohne Schmerzen mit starkem Blutverlust. Der letzte Anfall war am 16. April mit Bewußtlosigkeit.

Status: Außer Anaesthesie des Rachens keine hysterischen Stigmata. Psychisch: Weint leicht, ist leicht reizbar, nachts unruhig, wirft alles Bettzeug von sich. Gibt an, an gewissen Orten, Schulhaus, alte Brücke nicht vorbeigehen zu können. Im Schulhaus seien Gespenster und auf der alten Brücke könnten Zigeuner sein, die Kinder fortschleppten.

Verlauf: 1. VII. Schlaf gut. Kein Anfall beobachtet. Entlassen.

Wiederaufnahme am 13. VII. 1895.

Anamnese IV: Pat. hatte zu Hause 7 Anfälle gehabt, den letzten am 11. VII. abends. Zuerst Schwindel, dann Bewußtlosigkeit.

Status: Lunge normal. Herz nach rechts und links leicht verbreitert. 1 Ton nicht ganz rein. II Pulm. Ton. akzentuiert. Motilität und Sensibilität intakt, nur Rachenanesthesie.

Verlauf: 2. VIII. Weinerlich, spricht dummes Zeug mit den andern Kindern. Mittags Weinkrampf, hält sich ängstlich an einer Krankenschwester fest. Völlig bei Bewußtsein, gibt aber verkehrte Antworten auf Fragen. Keine Ovarie, keine Sensibilitätsstörungen.

8. VIII. Kein Anfall mehr.

Wiederaufnahme am 14. IX. 1895.

Anamnese V: In der letzten Zeit will Pat. mehrfach Anfälle gehabt haben mit Schwindel und Zuckungen in den Händen. Zeitweise Kopfschmerzen besonders in der Stirn in der Gegend der alten Narbe.

Status: Pupillen o. B. Rachenanaesthesie. Erster Herzton unrein. Bei der Aufnahme plötzlich Klage, es sei ihr unwohl und schwindlig, hält sich an der Mutter fest. Später bei Beschreibung der Anfälle starke Uebertreibungen, worin sie von der Mutter noch unterstützt wird.

Verlauf: 15. IX. Elektrisation. Kalte Bäder. Valeriana.

17. IX. Wohlbefinden. Kein Anfall. Ebenso am 25. IX.

23. X. Anfall von Schwindel, fällt von einem niedrigen Stuhl, spricht

wirr. Stierer Blick. Gibt verwirrte und undeutliche Antworten. Weint nicht, spricht aber viel Unsinn. Der Zustand dauert den ganzen Tag. Starke Rachenanaesthesie. Pupillen mittelweit, keine Ovarie, keine Stigmata.

24. X. Nachts ängstlich, wenig Schlaf.

10. XI. Kein Anfall bis heute, nimmt sich zusammen. Euphorie.

28. XI. In vergangener Nacht Anfall. Bewußtlosigkeit. Schaum vor dem Mund, Zuckungen in beiden Armen, besonders rechts. Daumen dabei nicht eingeschlagen. Geringe Zuckungen in den Beinen. Dabei soll hochgradiger Strabismus convergens bestanden haben. Solche Anfälle sind von der Schwester 8—9 an Zahl beobachtet. Zwischen den Zuckungen Bewußtlosigkeit. Nachher Müdigkeit, Schlaf.

15. XII. Bis jetzt keine Anfälle.

15. I. Keine Anfälle beobachtet.

22. I. Morgens Leibschmerzen. Mittags Anfall. Zuerst Zuckungen im rechten Facialis-Gebiet, dann im linken. Dann in den Armen, erst rechts, dann links, zuletzt in den Beinen ebenfalls rechts beginnend. Pupillen weit, reaktionslos. Daumen nicht eingeschlagen. Dauer 3 Minuten, bis zur Erholung vergeht $^1/_2$ Stunde. Zungenbiß links. Wiederholung solcher Anfälle bis 7 Uhr abends. Im ganzen werden 6 Anfälle beobachtet. Nur die Pupillen sind nicht immer weit und reaktionslos.

15. II. Kein Anfall.

7. III. Die Patientin wird entlassen zum Zweck der Aufnahme in die Anstalt Herthen.

Ergänzung zur Anamnese: Die Geburt der Patientin war leicht, spontan und rechtzeitig. Als kleines Kind hatte sie keine Krämpfe, schreckte aber nachts manchmal auf, schrie und wollte an der Wand heraufklettern. Aus dem Bett ging sie nicht. Sonst war sie gesund, sah stets gut aus und hatte guten Appetit. Die Stimmung war gleichmäßig heiter, sie vertrug sich gut mit anderen Kindern und war sehr gutmütig. In der Schule lernte sie mittelmäßig.

Im 5. Jahre Sturz auf den Kopf (s. Anamnese). Mit 7 Jahren Anfälle, „wie halt Kinder Gichter kriegen.“ Das Bewußtsein war erloschen, die Hände waren verdreht, „entweder links oder rechts, immer nur eine Seite hat gezappelt.“ Nach den Anfällen war Karoline nicht zurechnungsfähig, je länger der Anfall dauerte, desto länger brauchte sie, bis sie wieder ganz klar war. Nach den Anfällen viel Kopfweh.

Katamnese: Nach Eintritt der Menstruation sollen die Anfälle heftiger geworden sein. In den Zeiten zwischen den Anfällen war Karoline stets munter, man sah ihr das Kranksein nie an. Sie war sehr gutmütig und hilfsbereit, dabei pflichttreu, pünktlich und wahrheitsliebend.

In der Anstalt Herthen ist sie an Tuberkulose gestorben.

Epikrise:

Dieser Fall ist insofern schwieriger zu beurteilen als der vorige, weil der Charakter der Anfälle in der Klinik wechselte und daneben Störungen auftraten, wie wir sie häufig bei Hysterie beobachten. Patientin war

wiederholt in der Klinik, und während 3 Jahren schwankte die Diagnose zwischen Hysterie und Epilepsie, indem man zunächst scheinbar mehr zur Annahme der ersteren neigte, was wohl dazu führte, daß manche Erscheinungen zugunsten der Hysterie ausgelegt wurden, die wahrscheinlich bei rein objektiver Beurteilung die richtige Erklärung gefunden hätten. Z. B. versuchte man wiederholt, die günstige Beeinflussung der Anfälle nicht der Brom- und Valeriana-Therapie, sondern der psychischen Wirkung des Zuredens, der Nichtbeachtung, des Schrecks zuzuschreiben, was scheinbar gleich im Anfang die Diagnose Epilepsie erschütterte. Denn sonst würde man kaum Bedenken getragen haben, die in der Anamnese geschilderten seit 4 Jahren in gleichen Weise beobachteten Anfälle von Bewußtlosigkeit und klonischen Zuckungen als abortive epileptische zu bezeichnen und ebenfalls die nach der Bromkur in der Klinik auftretenden leichteren Schwindelanfälle.

Anders ist es mit den späteren Anfällen von nur teilweise getrübtem Bewußtsein, in denen die Kranke unverständliche, verwirrte Reden führte, die auf eine Beteiligung der Psyche deuten. Hier ist nicht ohne weiteres zu unterscheiden, ob man sie der Epilepsie oder Hysterie zurechnen soll und nur die voraufgegangenen typisch epileptischen Attacken machen die erstere Diagnose wahrscheinlicher. Ebenso verhält es sich mit den nächtlichen Angstzuständen, der Unruhe, den verdrießlichen und gereizten Stimmungen, den schreckhaften Halluzinationen (Gespenster etc.), denen man ebenfalls bei beiden Neurosen begegnet. [1]) Nur die Rachenanaesthesie und die Uebertreibungen bei Schilderung der Anfälle sind wohl sicher als hysterische Erscheinungen anzusprechen.

Während des letzten Aufenthalts in der Klinik wurde auf Grund der plötzlich auftretenden gehäuften typischen Anfälle die Diagnose Epilepsie endgültig festgestellt.

Fall 27. **Max M.** Fabrikarbeiterssohn aus Plankstadt. 6 Jahre alt. Aufgenommen am 10. XI. 1902.

Anemnese: Eltern gesund. Mutter und Bruder des Vaters an Phthise gestorben, 2 Brüder des Vaters gesund, sonst keine Krankheiten in der Familie. Von den 11 Kindern starben 2 an Krämpfen, 1 an Spina bifida, 1 an fieberhafter Krankheit. 6 Kinder sind gesund.

Pat. ist das 7. Kind. Er wurde rechtzeitig spontan geboren, lief mit 1 Jahre, war nie krank. Die jetzige Krankheit besteht seit August 1902. Patient bekam Krampfanfälle, zuckte mit dem rechten Arm, bewegte die Augen hin und her und machte sie schnell auf und zu. Die Anfälle kamen zirka 8 des Tages, in der letzten Zeit noch häufiger. Nachts sollen sie zahlreicher sein als am Tage. Der Knabe war früher stets leichter erregbar und lebhafter als die andern Geschwister.

Status: Kräftiger, gut genährter Junge. Keine Drüsen. Beiderseits starke Tonsillarhypertrophie. Herz: Grenzen etwas nach links verbreitert, Aktion kräftig, Frequenz wechselnd, leicht erhöhbar durch geringe psychische Erregung. Sonst Organe gesund. Nervensystem: Sehnenreflexe lebhaft,

---

[1]) Strohmayer l. c. S. 135/136 schildert gleiche und ähnliche Zustände bei Epileptikern.

sonst Reflexe normal. Sensibilität einschl. Psyche: Es gelingt nur schwer, den Knaben zum Sprechen zu bewegen.

Verlauf: 10. XI. Mehrere Krampfanfälle, alle ziemlich gleich.

11. XI. Bis abends 7 Uhr: 10 Anfälle. Keine Aura, kein Schrei, plötzliches Strecken des Armes. Pat. warf sich auf die rechte Seite, beide Arme waren krampfhaft ausgestreckt und vollführten geringe Zuckungen, mit dem rechten Bein stampfte er aufs Bett, mit dem linken machte er rotierende Bewegungen in der Luft. Die Augen waren anfangs fest geschlossen, später waren die Lider emporgehoben. Die Bulbi bewegten sich nystagmusartig hin und her. Nach $1^1/_2$ Min. Dann plötzlicher Stillstand. Pat. begann laut zu weinen. Im rechten Arm traten noch einzelne Zuckungen auf. Er befolgte Aufforderungen, machte aber dabei noch den Eindruck eigenartiger Schwäche und Benommenheit. Der Kopf hing tief auf der Brust. Er konnte nicht zum Sprechen gebracht werden. Am Schluß einer Untersuchung auf Empfindungsstörung trat eine solche auf. Die Anfälle gleichen sich, einige Male wurden auch ausfahrende und rotierende Bewegungen im l. Arm beobachtet. Während der Anfälle reagieren die Pupillen auf Licht, kurz nach denselben bestehen geringe Spasmen in beiden Armen.

12. XI. Vormittags 4 Anfälle, nachmittags 1 Anfall. Im Nachstadium ist die Schwäche besonders deutlich. Pat. konnte sich nur mühsam aufsetzen mit Hilfe beider Arme. Schlaftrunkener Zustand. Nadelstiche unterbrechen den Anfall nicht sofort. Nach Schluß der Zuckungen fährt Pat. sofort schreiend mit der Hand nach den verletzten Stellen. Nachts 11 Anfälle.

14. XI. Tags vorher mehrere Anfälle, nachts 8. Heute in einer Viertelstunde 3. Facialiszuckungen während der Anfälle nie beobachtet.

15. XI. Ungeheilt abgeholt.

Ergänzung zur Anamnese: Die Mutter ist eine gesunde, kräftige, blühende Frau, heiter und gesprächig, erwartet ihr 16. Kind, hat alle Kinder genährt und macht durchaus keinen nervösen Eindruck. Der Vater soll ebenfalls gesund sein. 7 Geschwister leben und sind frisch und gesund. Der Vater betreibt jetzt Landwirtschaft, die Verhältnisse scheinen ärmlich, aber ganz solide zu sein.

Max hat in seiner frühesten Jugend nicht an Krämpfen gelitten. Der erste Anfall wurde von den Eltern erst im 6. Jahre bemerkt, die Geschwister sollen aber schon vorher erzählt haben, daß der Knabe manchmal die Augen verdrehe. Die Anfälle sollen plötzlich aufgetreten sein, die Aetiologie ist ganz unbekannt.

Katamnese I: Die Krämpfe bestehen noch und sind im Sommer häufiger als im Winter. Oft bleiben sie Wochen, ja Monate aus, dann kommen sie gehäuft, 10—20 an einem Tage. Max merkt vorher, wenn die Anfälle kommen. Nach seiner Angabe „dreht sich alles vor den Augen." Kein Schrei. Er läuft gewöhnlich zu einem Anwesenden, da ihm angst wird, fällt dann „geschickt nach hinten", ohne sich weh zu tun. Einmal fiel er zufällig mit der Hand an den Ofen, sonst hatte er nie Verletzungen, nie Zungenbiß, nie Urin- oder Stuhlabgang.

Wenn nachts die Anfälle kommen, „habe er vorher die Augen offen."

(Angabe des Patienten.) Er weiß von den Anfällen. Während derselben macht er die Augen immer auf und zu. Kein Augenverdrehen, kein starrer Blick, keine tonischen Zuckungen, er schlägt mit dem linken Fuß und der linken Hand, und liegt auf der rechten Seite. Er versucht aufzustehen und fällt wieder nieder, oft viele Male. Er weiß nachher alles, hört, was gesprochen wird, kann aber selbst nicht sprechen. Nachher ist er sofort wieder wohl, läuft hinaus, arbeitet, nachts schläft er nach dem Anfall ruhig wieder ein. In der Schule ist er mittelmäßig. Auf Anordnung des Arztes wird er geschont, darf nicht angestrengt werden. Anfangs haben die Anfälle der Mutter Angst gemacht, später hat sie sich daran gewöhnt, ruft dem Jungen 'mal etwas zu, wenn er da liegt, nimmt aber sonst wenig Notiz von ihm. — Der Junge ist lebhaft, spricht viel, erzählt alle Neuigkeiten aus der Stadt. Er neckt die Geschwister gern, ist aber selbst nie zornig, nie wütend, nie gedankenabwesend. In der Arbeit ist er fix. Er ist zierlich, gut gewachsen, der Kopf ist wohl geformt. Der Gesichtsausdruck ist heiter, die Sprache leicht und rasch. Wenn man nach den Anfällen fragt, lacht er und will nicht recht mit der Sprache heraus. Gibt aber schließlich doch Auskunft.

Katamnese II (von 3 Nachbarsfrauen 9 Monate später): In der Neujahrsnacht 1910 hatte Pat. nach einer heftigen Aufregung einen großen Anfall. Er lag wie tot. Seitdem hat er von Zeit zu Zeit größere Anfälle, während der er ohne Besinnung ist. Er weiß sich nacher nicht recht zu besinnen und lacht. Verletzungen und Zungenbiß sollen beobachtet sein. Während des Anfalls ist er ganz blau im Gesicht, hat Schaum vor dem Mund und hat klonische Zuckungen. In der Schule soll er zurückgekommen sein. Gehäufte kleine Anfälle hat er nicht mehr.

Im Wesen soll er „eigentümlich“ sein, etwas „rassig“, verrückt und neckisch. Er arbeitet sehr fleissig auf dem Felde und ist sonst ein tüchtiger Junge.

Epikrise:

Aehnliche Erscheinungen, wie sie dieser Knabe im Anfall bot, getrübtes Bewußtsein, die zeitweise herabgesetzte Sensibilität und nach den Anfällen Mattigkeit und Schwerbesinnlichkeit, beobachteten wir auch bei den hysterischen Kindern (z. B. bei den Fällen 13, 16, 19). Doch war das ganze Krankheitsbild ein wesentlich anderes. Die Anfälle setzten plötzlich, zweimal nach einer nachweisbaren Gemütserregung, ein und die psychische Beeinflussung auf Verlauf und Heilung war unverkennbar. In diesem Falle aber handelte es sich um zahlreiche tags und nachts auftretende, sich stets gleichbleibende Anfälle, für die eine Ursache nicht aufzufinden war, die sich aus kleinen Anfängen allmählich entwickelt hatten (s. auch Erg. z. Anamn.) und auf die die Umgebung ohne jeden Einfluß blieb.

Die einzige Erscheinung, die man vielleicht für Hysterie geltend machen könnte, war das Auftreten einer Empfindungsstörung am Schluß einer längeren Untersuchung. Doch darf man einem einzelnen Symptom, noch dazu bei einem Kinde, das aus einem postepileptischen Dämmerzustand eben erwacht ist, wohl irgend einen Wert nicht beimessen. Sonst spricht auch der spätere Verlauf für eine reine idiopathische Epilepsie.

Bedeutsam ist in diesem Fall die ganz allmähliche Abnahme der Intelligenz, was man nach Strohmayer (n. A.) besonders häufig bei „frühem Beginn“ und „Häufung der Anfälle“ beobachten soll. Ein in mancher Beziehung analoger Fall ist der folgende:

Fall 28. Mathilde K. Kaufmannstochter aus Bretten. 11 Jahre alt. Aufgenommen am 1. VII. 1903.

Anamnese: Der Vater litt an nervösem Magenleiden und Migräneanfällen. Sein Vater und eine Schwester starben an Phthisis pulm. Eine Schwester war verkrüppelt und starb an Herzschlag. Die Mutter ist gesund. Von 5 Kindern sind 4 gesund und gut entwickelt.

Pat. ist das 3. Kind. Zangengeburt. Sie hatte mit 1/4 Jahr Keuchhusten, erholte sich aber vollständig. Laufen mit 15 Monaten. Sprechen mit 1 Jahr. Mit 3 3/4 Jahren Wasserpocken, im Anschluß daran Lungenentzündung. Mit 5 Jahren Masern. In den ersten Jahren wurden schon eigentümliche migräneartige Anfälle mit Erbrechen und Fieber beobachtet, die einen Tag dauerten. Später verschwanden sie. Nach der Lungenentzündung kamen sie nicht mehr vor. Im Juli 1896 stürzte Patientin von einer Treppe in einen Bach. Sie erschrak sehr, war aber nicht verletzt. Im September 1896 bemerkte die Mutter zum erstenmale eigenartige Anfälle, die seither bestehen und häufiger und stärker geworden sind. Anfangs waren die Intervalle größer, dann kamen die Anfälle fast täglich, und in der letzten Zeit werden täglich eine große Anzahl Anfälle beobachtet. Dauer anfangs 6—8 Sek., jetzt bis 40 Sek.

Der Charakter der Anfälle war im Anfang folgender: Müdewerden der Augen, Pat. sah aus wie geistesabwesend, hörte mitten im Sprechen auf. Sie stürzte nie hin. Krämpfe, Steifigkeit, Zungenbiß wurden nie bemerkt. In der letzten Zeit ist die Haltung während des Anfalls sehr auffallend. Rücken und Kopf werden hinten übergebeugt. Der Anfall endigt oft mit einem tiefen Atemzug. Wenn Patientin gerade geht, bleibt sie im Anfall stehen oder geht auch 1—2 Schritte rückwärts. Sie weiß von den Anfällen garnichts, meint, daß man ihr eine Krankheit andichte. Wenn sie sich beobachtet weiß, sollen die Anfälle seltener kommen.

Im Sommer 1897 stürzte sie von einem 2—3 Meter hohen Dach auf einen Zementboden, ohne sich zu verletzen und war kurze Zeit bewußtlos. Sie erbrach später, war aber am nächsten Tag wieder wohl. Seitdem sind die Anfälle etwas häufiger, aber den oben beschriebenen Charakter mit Hintenüberbeugen des Kopfes nahmen sie erst seit kurzer Zeit, also lange nach dem Sturz an. Sie wurde damals elektrisiert, wonach eher eine Verschlimmerung eintrat. Geistig soll sie normal sein, in der Schule lernt sie gut, nur die Aufmerksamkeit wird durch die häufigen Anfälle gestört. Sie war von jeher sehr unruhig. 1897 war die Unruhe vorübergehend so schlimm, daß an Veitstanz gedacht und Bäder und Brom verordnet wurden. In den letzten Jahren wurde sie eigenwillig und reizbar, sehr rührselig und leidenschaftlich. Sie hatte große Lust zu Vergnügungen. 1898 wurde sie einmal einem Professor vorgestellt, der sich nicht aussprach. Er verordnete monatelang vorsichtige Ernährung und Brom. Keine wesentliche Aenderung. Appetit schwach und launisch. Stuhl regelmäßig. Schlaf gut aber leicht. Einige Male Andeutung von Nachtwandeln.

Status: Groß, gut ernährt, kräftige Muskulatur. Atmung ruhig und regelmäßig. Puls nicht beschleunigt, gleich und regelmäßig. Gesundes Aussehen, Schleimhäute leicht anaemisch. Hypertrophie der Tonsillen. Keine Drüsen. Thorax etwas flach, sonst gut gebaut. Lungen o. B. Herztöne rein und leise, die zweiten Töne verdoppelt. Abdomen nicht druckempfindlich.

Nervensystem: Pat. ist ruhig, ganz verständig, hat kein ohne weiteres auffallendes Benehmen, spielt mit anderen Kindern, lacht sehr viel. Wenn sie sich beobachtet weiß, sind ihre Bewegungen eher unruhig und erinnern etwas an choreatische Bewegungen, z. B. beim Ausziehen zur Untersuchung oder wenn man mit ihr spricht. Sie kann sich auf Aufforderung ganz ruhig verhalten. Im Laufe des Tages hat Pat. häufige, ganz gleichartige Anfälle, während der Unterhaltung, im Gehen, Stehen, Spielen. Anfälle in jeder Körperhaltung immer ganz gleichartig. Pat. wird plötzlich still, beugt den Kopf hintenüber, dreht die Augen nach oben, kein Strabismus (einmal Spur Nystagmus); wenn sie den Anfall im Stehen bekommt, geht sie einen oder zwei Schritte nach rückwärts, fällt nie hin, hat sich noch nie bei einem Anfall verletzt oder wehgetan. Nach wenigen Sekunden Dauer sieht sie erstaunt um sich, spricht weiter, ist vollständig klar, hat keine Kopfschmerzen, kein Schwindelgefühl. Patientin gibt an, sie sei während der Anfälle bewußtlos, wisse nicht, was mit ihr vorgegangen sei; hört angeblich nicht, was andere während ihres Anfalles sprechen, wenn gerufen wird. Bei Berührungen und Nadelstichen zuckt sie zusammen, kann nachher genau die berührte Stelle angeben. Man kann die Anfälle durch Berührung wahrscheinlich auch zum Aufhören bringen, doch ist ihre Dauer an sich so kurz, daß ein sicheres Urteil darüber schwierig ist. Die Anfälle sind vormittags häufiger als nachmittags, treten auch auf, wenn die Schwester nicht im Saale ist.

Sonst keine Besonderheiten des Nervensystems. Sensibilität vollkommen erhalten, überall Unterscheidung von spitz und stumpf. Kälte- und Wärmeempfindung überall normal. Nadelstiche werden überall als Schmerz empfunden. Würgreflex lebhaft. Cornealreflex lebhaft. Motilität normal. Reflexe rechts gleich links, nicht besonders lebhaft.

Verlauf: 4. VII. 18 Anfälle.
5. VII. 15 Anfälle.
6. VII. 13 Anfälle.
7. VII. und 8. VII. je 10 Anfälle.
9. VII. 21 Anfälle.

8. VII. Klin. Vorstellung: 2 Anfälle. 4 Min. vor dem ersten Anfall flüsterte sie dem Arzt mit lächelndem Ausdruck zu: „Anfall“ und drehte sich wieder um, änderte sich sonst in ihrem Verhalten nicht.

Ord.: Tinkt. Valeriana 5 Tr. morgens und abends.

10. VII. 10 Anfälle. Ord.: Kalte Uebergießung zu Beginn der Anfälle. Der Anfall hört augenblicklich mit dem Beginn des Angießens auf, Pat. wird feuerrot und verbirgt das Gesicht. Darnach ist sie verlegen und völlig klar, sehr heiter. Ein anderer Anfall trat dicht vor dem Tisch ein, an dem der Arzt schrieb und wiederholte sich, als er nicht beachtet wurde, in abgekürzter Form sofort. Diese Anfälle traten im Stehen ein, andere im Bett. Patientin fiel dabei nicht um.

Patientin benimmt sich auf dem Saal sehr auffällig. Sie legt sich auf

den Boden, nimmt wunderliche Haltungen ein, sucht beständig Handreichungen zu leisten und sich interessant zu machen. Sie ist sehr lebhaft und spielt beständig mit anderen Kindern, sucht auch einige wohl zu necken, weint heftig, wenn diese sie darüber zur Rede stellen.

Aussehen blühend. Kein Wunsch zu arbeiten oder nach Hause zu kommen oder gesund zu werden. Appetit sehr gut. Ueber die Angießungen und Tropfen lacht sie, es macht ihr sichtlich Vergnügen. Keine hysterischen Stigmata.

Ord.: Zweckmäßige Nichtbehandlung der Anfälle durch Wärterin, Arzt und Umgebung. Energisches Uebergießen zu Beginn des Anfalls.

11. VII. Die Schwester meldet, daß Patientin heute früh 2 Anfälle hatte. Sie bekam ihn aber immer am andern Ende des Saales, an dem die Schwester stand, entfernt von der bereitstehenden Gießkanne. Uebergießen war dabei unmöglich. Nachmittags 3 weitere Anfälle, entfernt von der Gießkanne, aber in der Nähe der Schwester. Benehmen nicht wesentlich verändert. Wohlbefinden.

12. VII. Morgens 1 Anfall, während die Gießkanne aus dem Saal geholt worden war. Keine Klagen. 3 Anfälle — Angießen. Bei der Abendvisite 1 Anfall von etwas längerer Dauer als die bisher beobachteten, eintretend, während der Arzt den Puls fühlt. Beginn mit Verdrehen der Augen nach oben, Beugen des Kopfes nach hinten. Uebrige Körperstellung unverändert. Der Anfall trat ein, während der Arzt frug: „Wo bist du heute mittag spazieren gewesen?“ Pat. war durch den Anfall außerstande, die Antwort zu geben. Nach dem Anfall, der absolut ignoriert wurde, war sie sofort wieder klar, sie sah den Arzt lächelnd mit etwas triumphierender Miene, weniger verlegen, an und beantwortete sodann die sogleich wiederholte Frage ruhig und rasch. Die Pupille konnte während des Anfalls trotz der langen Dauer nicht zur Anschauung gebracht werden. Benehmen wie bisher. Patientin veranstaltete eine Geldsammlung, „um den armen Kindern Schokolade zu kaufen, aber nur auf ihrem Saal.“ Sie legt sich gerne auf das Bett, singt und spielt.

13. VII. Ordin.: Während, oder wenn das nicht möglich, nach dem Anfall kräftig mit einem Sturz Wasser überschütten.

Am Nachmittag 1 Anfall, als Besuch auf den Saal kam. Sofortige brüske Übergießung im Anfall. Sogleich Rückkehr zum normalen Verhalten. Dann lautes heftiges Weinen, große psychische Erregung. Beim Abtrocknen ein zweiter Anfall ohne Übergießung. Nach kurzem Intervall dritter Anfall. Auf die nun erfolgende Drohung mit heißem Wasser große Angst, vierter Anfall, dann Verkriechen unter das Bett und flehentliches Jammern um Verschonung. Von da ab Nichtbehandlung, etwa 3 weitere Anfälle, daraufhin Beruhigung. Pat. ist nach $^1/_2$ Stunde wieder heiter, zugänglich, schenkte dem Arzt, der sie übergossen hatte, viel Bonbons und Waffeln.

Ord.: Nichtbehandlung der Anfälle. Tkt. Valeriana 5 Tropf. mit Verbalsuggestion. Am Abend kein weitererer Anfall.

14. VII. 1 Anfall bei der Visite, nicht beachtet. Psyche wieder ganz hergestellt, frohes zugängliches dabei bescheidenes Wesen. Während des Anfalls bleiben die Pupillen mittelweit. Am Nachmittag kein Anfall.

15. VII. Wenig Anfälle. Munter, übermütiger Laune. Beim Spiel

leicht rücksichtslos, bringt andere Kinder zum Weinen. Lebhafte Erregung beim Spiel begünstigt Auftreten der Anfälle. Auf dem Gipfel der Erregung oft schwerer, langandauernder Anfall, bei dem Patientin durch geschicktes Zurücktaumeln das Hinfallen verhütet. Ein Anfall von $^1/_2$ Minute Dauer.

16. VII. Pat. ist erregt, spricht fast unaufhörlich, singt, liest laut vor; übermütig. 1 Anfall.

18. VII. Wenig Anfälle, 3—4 pro die.

Den Besuch des Vaters benutzt sie, um die angewandte psychische Therapie (kochendes Wasser) zu entlarven, und macht sich darüber lustig, als sie erfährt, daß man sie nur habe bange machen wollen. — Von den Tropfen verspricht sie sich nichts und geht auf die Suggestion, daß man stärkere Tropfen aufgeschrieben habe, nicht ein, lacht: „Ich merke nichts davon, die schmecken gerad' wie die andern."

Benehmen kindlich, nicht frühreif, nicht erotisch. Sehr aufgeweckt und geschickt, beschäftigt sich fortgesetzt, behandelt aber die Kinder ziemlich roh, lacht darüber. Nie Mitleid, nie Heimweh. Beim Abschied des Vaters amüsierte sie sich über die anderen Kinder, die Heimweh hatten. „Mir gefällt es auch sehr gut hier, ich will garnicht fort." „Ich möchte gern den ganzen Tag im Bett liegen." „Der Herr Hofrat hat mir ein Geschenk versprochen, wenn ich brav bin, er meint aber nicht so brav, er meint die Anfälle." „Wenn ich gesund bin, gehe ich auch heim. Es macht nichts, wenn auch die Anfälle bleiben, was macht das?"

Anfall bei Visite, als eine fremde Dame an der Tür telephonierte. Patientin bekam in der geöffneten Tür stehend und die Klinke in der Hand haltend, den Anfall, der in wenigen Sekunden vorüber war. Sofortige Rückkehr zur Norm.

19. VII. 5 Anfälle rasch aufeinander in der Nähe der Schwester. Nicht beachtet. Bei Androhung von Bettruhe und Einnahme der Tkt, Valerian. cessieren die Anfälle. „Seit ich die Tropfen genommen habe, habe ich keinen Anfall mehr gehabt."

20. VII. Bei zufälligem Druck auf Sternum in ruhiger Bettlage Anfall, in Form der früheren. Pupillen weiter, kehren aber rasch mit eintretender Akkomodation zur Mittelweite zurück. Nachher solcher Anfall nicht wieder hervorzurufen. Brust: Linke Mamma grösser als rechte, die ganz unentwickelt ist. In der linken Mamma empfindliche derbe Knötchen, festes Drüsengewebe. Abdomen: Druck auf die rechte Ovarialgegend schmerzhaft, ruft aber keinen Anfall hervor. Linkes Ovarium o. B. Keine sonstigen hyst. Stigmata.

Sobald der Arzt im Zimmer ist, gehäufte Anfälle. Stetige Versuche, dem Arzt zu schmeicheln, in durchaus kindlicher Weise. Beim Anschauen ab und zu ein starker, eigentümlich verdrehter, aber beiderseits koordinierter schwärmerischer Blick, höchstens 3 Sek. dauernd, jedoch so, daß man den Eintritt eines Anfalls fürchtet.

N. B. Die Schwester teilt mit, dass 3 andere Kinder auf dem Saal anfangen, ab und zu nach der Decke zu schauen, ohne aber die Augen stark zu verdrehen, und den Kopf einige Sek. lang stark in den Nacken zu beugen.

Bei der Abendvisite Anfall dicht vor dem Arzt, als er Patientin wegen

unmotivierten Weinens tröstete. Etwa 7 schluchzende rasch aufeinander folgende oberflächliche Inspirationen, rasche Rückkehr zur Norm. Grosse Labilität der Stimmung, starke Affekte.

Ord.: Validol 3mal tgl. 5 Tr. mit starker Verbalsuggestion.

21. VII. Pat. glaubt an die Wirkung des Validols und nimmt es ungern. 3 Anfälle dicht vor der Schwester. Keine hysterogenen Zonen, keine Stigmata.

22. VII. 9 Anfälle schwererer Art mit öfterem Zurücktaumeln, von ziemlich langer Dauer. Alle Anfälle dicht vor der Schwester. Abbrechen der Anfälle durch barsches Anrufen. Verschütten von Suppe beim ersten Anfall.

23. VII. Beim Besuch der Mutter 2 Anfälle, bei der Besuchszeit inmitten eines Kreises von Verwandten ein langdauernder Anfall, darnach theatralisches Davonlaufen, wirft sich der Schwester in den Schoß, nachdem sie vorher einige Sekunden mit ekstatischem Blick ins Leere geschaut hat. Im ganzen wenig Anfälle. Wohlbefinden. Keine Rührung beim Wiedersehen der Mutter. Validol ohne Effekt. Arsen.

24. VII. 5 Anfälle. Ord.: Strenger Zimmeraufenthalt.

25. VII. 3 Anfälle. Ruhiges Betragen.

26. VII. Nach der großen Visite (vorher 1 Anfall, Suggestion: morgen kein Anfall mehr) 8 Anfälle. Mittags 1 Anfall. Unruhiges Verhalten. Charakter unverändert. Große Weinzustände von über 2stündiger Dauer werden simuliert mit beständigem lauten Weinen. Dazwischen Lachen und kokette Handlungen. Ursache dafür war, daß die Saalschwester gegen sie ungezogen war, sie nicht ansieht.

28. VII. Ord.: Bettruhe. Im Bett Anfall, als der Arzt daneben beschäftigt war. Ein weiterer Anfall, als sie gelobt wird wegen bisherigen ruhigen Verhaltens.

30. VII. Heute Erregung, 12 Anfälle. Bei Druck der Hand 1 Anfall.

31. VII. Erregung noch stark, aber kein Anfall. Auch bei absichtlich provozierter Erregung durch Spiel kein Anfall in 1/2 Stunde. Pat. arbeitet sich müde und heiß, indem sie die Schwester unterstützt und vertritt. 2 mal 5 Tr. der Mischung Arsen. Chinin.

1. VIII. 3 Anfälle in Gegenwart der Großmutter, die zur Geburtstagsfeier kam. Keine Rührung, kein Heimweh. Pat. will lieber in der Klinik bleiben. „Ich will nicht eher heim, bis ich ganz gesund bin."

2. VIII. Besuchstag. 1 Anfall dicht neben einer Gruppe von Leuten. Nachmittags und abends große Erregung, wildes Spiel, Toben, große Neigung zu absurden Stellungen und Handlungen. Dabei viel kindliche Fröhlichkeit. Am Abend im Bett sehr erregt. Pat. imitiert zum Vergnügen der Saalpatienten ein Kind mit Sabadilla-Kappe und sucht den dazu kommenden Arzt auf jede Weise in das Spiel hineinzuziehen. Sie wechselt dann die Rollen und spielt u. a. äußerst geschickt ein schwerkrankes Kind mit Stöhnen, Jaktation, Delirien u. s. w. Bei passivem Hin- und Herbewegen des Kopfes Anfall, ebenso bei Druck der Hand. Als der Arzt fortging, ließ Pat. sich aus dem Bett fallen, sprach beständig unverständliche Worte für sich und machte rhythmische Bewegungen der Beine und des Leibes, schützte sich dabei nicht vor Entblößung. Von der Schwester ins Bett gelegt, simulierte sie etwas ungeschickt einen Weinzustand und sagte, sie sei aus dem Bett

gefallen. Bei Ankunft des Arztes ein offenkundig simulierter mindestens $1/2$ Min. dauernder Anfall (Kopf starr ins Kopfkissen gebohrt, Auge stark nach oben gedreht, der übrige Körper starr). Darnach Ergreifen der Hand des Arztes, etwas simuliertes Weinen, mit kokettem Lächeln vermischt, dann ganz plötzlich Schließen der Augen und simulierter tiefer Schlaf, auch fortdauernd, nachdem der Arzt die Hand losläßt. Der Körper liegt 4 Min. unbeweglich, Augen werden nicht geöffnet, dann plötzlich Lächeln, als ein anderes Kind einen Scherz macht, aber Weitersimulieren des Schlafs, der dann ganz unbemerkt in tiefen echten Schlaf in unveränderter Rückenlage übergeht.

Ord: Strenge Nichtbeachtung, morgen Bettruhe.

3. VIII. Im Bett 4 Anfälle, jedesmal in Gegenwart von Arzt oder Schwester. Einmal rief Pat., als der Arzt ins Zimmer kam: „Herr Doktor!" Als der Arzt auf das Bett zuging, bekam das Kind einen langdauernden Anfall im Liegen. Nachdem derselbe beendet war, sah sie frisch dem Arzt ins Gesicht und frug: „Herr Doktor, darf ich jetzt aufstehen?" Am Mittag wenig Anfälle, sämtlich bei Beachtung. Im übrigen munter, spielt abends wild.

4. VIII. 8 Anfälle morgens beim Frisieren. Sehr heftiges und langes Weinen, da Pat. glaubt, heute die Anstalt verlassen zu müssen Nach der großen Visite 12 Anfälle. Weinte vorübergehend und sagte: „Ich kann doch nichts dafür, daß ich die Anfälle kriege, warum sagt da der Herr Hofrat, daß ich bös bin?" Am Nachmittag dicht vor dem Arzt 1 Anfall, der auf Kneifen absolut abbricht, indem Patientin erschreckt zusammenfährt. Nachher feuerrot, Andeutung von Weinen, dann Lächeln „O, das hat mir weh getan." Seitdem kein Anfall wieder, obwohl fremde Leute auf den Saal kommen.

5. VIII. Heute kein einziger Anfall, trotz Umherspringens, wilden Spiels, Gegenwart fremder Personen und längerer Gegenwart anderer Aerzte auf dem Saal. „Heute habe ich einen Unglückstag", sagte sie am Abend schelmisch.

6. VIII. 3 Anfälle. Auf Kneifen werden die Anfälle sehr selten, jedoch treten sie in Gegenwart des Arztes auf.

7. VIII. Anfall, als eine fremde Schwester den Saal betritt.

8. VIII. Entlassung.

Ergänzung zur Anamnese: Der Vater ist nervös (s. Anamnese), er ist klein und etwas gedrungen gebaut. Die Mutter leidet seit $1/2$ Jahr an Nephritis und ist schwer herzleidend. Die Verhältnisse sind sehr gute.

Katamnese: Nach dem Aufenthalt in Heidelberg wurden einzelne Anfälle immer heftiger, die kleinen Anfälle nahmen nach und nach an Zahl ab. Seit 2 Jahren ist Pat. in Behandlung bei einem Hydrotherapeuten und Homäopathen, der sie elektrisierte und ihr dann die Verordnung gab, sich morgens und abends selbst zu elektrisieren. Danach sollen die kleinen Anfälle allmählich ganz ausgeblieben sein. Sie waren besonders störend, da man Patientin keine Arbeit übertragen konnte, ohne gewärtig zu sein, dass sie die Sachen plötzlich fortwarf, die Augen verdrehte, so wie es des Näheren in der Krankengeschichte geschildert worden ist. Seit $3/4$ Jahr werden nur noch grosse Anfälle beobachtet, die besonders nachts auftreten,

Fast jede zweite Nacht kommt ein Anfall. Pat. verletzte sich verschiedene Male sehr stark, hat heftige Krämpfe, und läßt dabei Urin unter sich. Nach den Anfällen schläft sie ein, ohne vorher zu Bewußtsein zu kommen. Beim Erwachen weiß sie oft garnicht, daß sie einen Anfall hatte.

Das noch in der Klinik beobachtete übermütige heitere Wesen der Pat. hat nach und nach einem ruhigen und langsamen Wesen Platz gemacht. Seit ½ Jahr merkt man deutlich Abnahme des Gedächtnisses. Die Intelligenz soll sonst gut sein, nur die Auffassung ist verlangsamt. Das Einsetzen der Periode ging ohne weitere Störungen und Aenderungen in den Zuständen vor sich.

Jn einer der letzten Nächte hatte Patientin zum ersten Male deutliche Halluzinationen gehabt. Am Tage vorher war die Mutter aus einer Anstalt zurückgekehrt, in sehr leidendem Zustande. Wohl infolge der Aufregungen sah Patientin in der Nacht vor dem Einschlafen ganz deutlich die Pflegerin ihrer Mutter in ganz anderer Gestalt. Die Erscheinung war deutlich, wenn auch etwas verschwommen. Patientin hatte keine Angst, sondern sie war sich klar bewußt, daß die Gestalt nicht wirklich sei. Nachher schlief sie ruhig.

Pat. bietet das typische Bild einer epileptischen Verblödung in ihren Anfängen. Sie ist langsam in allen ihren Bewegungen, die Sprache ist monoton. Sie erzählt mit großer Umständlichkeit von ihrem Leiden und scheint ganz mit sich beschäftigt zu sein.

Epikrise:

Epikrise. Auch in diesem Falle wurden wie im vorigen seit der frühen Kindheit Anfälle von fast gleichförmigem Typus und in großer Anzahl beobachtet, was von vornherein für Epilepsie spricht. Ebenfalls weist die Heredität mit einiger Wahrscheinlichkeit auf diese Diagnose hin, da Beziehungen zwischen Migräne und Epilepsie [1]) nachgewiesen sind, die in unserem Fall noch besonders dadurch sichtbar werden, daß migräneartige Anfälle den epileptischen voraufgegangen sein sollen.

Was die Diagnose trotzdem so schwierig gestaltete, war, wie man aus der Krankengeschichte deutlich erkennt, das bunte, wechselnde Bild im Verhalten des Kindes, das manchmal auffallende Aehnlichkeit mit dem hysterischer Kinder aufwies. Und doch ist es fraglich, ob überhaupt eine einzige Erscheinung beobachtet wurde, die nicht auch ohne weiteres im Sinne der Epilepsie verwertet werden könnte.

Daß z. B. das Kind bei Nadelstichen oder auf Wasseranspritzen im Anfall zusammenzuckte, spricht nicht unbedingt für erhaltenes Bewußtsein, sondern konnte „ganz automatisch erfolgen, da es sich ja nicht um so tiefes Coma handelt, wie beim typischen vollentwickelten Anfall.“ [2]) Ebenso beobachtet man beim Petit-mal Anfall nicht selten, daß das Kind nachher sofort wieder bei ganz klarem Bewußtsein ist [3]) und z. B. eine durch den Anfall abgebrochene Rede ruhig fortsetzen kann, als auch, daß die Anfälle regelmäßig dann erfolgen, wenn man mit dem Kinde spricht, wenn man ihm

[1]) Strohmayer l. c. S. 148.
[2]) ebenda S. 134.
[3]) Hermann l. c. S. 167.

etwas aufträgt, oder wenn jemand ins Zimmer tritt[1]), kurz wenn das Kind durch irgend etwas erregt wird, also auch bei Lob und Tadel. Symptome, wie Empfindlichkeit und Reizbarkeit, die Lust zum Necken, die sich auch im vorigen Fall zeigte, besonders aber kleine herzlose Handlungen gegen die Mitpatientinnen und Mangel an Mitgefühl gehören wohl schon zu den Charakterveränderungen, die nach Hermann die Epilepsie „vor Beginn der Intelligenzstörungen in der Seele des Kindes setzt." „Dabei gelingt die Beherrschung des Weinens den Kindern oft nicht mehr, sie weinen zuweilen aus ungenügender Motivierung" [2]), wie es auch bei unserer Patientin in der Klinik oft der Fall war.

Eigentümlich erscheint in diesem Krankheitsbild nur der Hang des Kindes aufzufallen, sich interessant zu machen, indem es wunderliche Haltungen und Stellungen annahm und einmal in „theatralischer Weise" davonlief, wie wir das sonst nur bei hysterischen Kindern beobachten. Aber man muß sich besonders im Hinblick auf den höchst sonderbaren Zustand, den das Kind am 2. VIII. bot, indem es sich aus dem Bett fallen ließ, unverständliche Worte sprach und sich entblößte, fragen, ob es sich da nicht um epileptische Dämmerzustände gehandelt haben könnte, in denen das Bewußtsein oft nicht oder wenig gestört zu sein scheint, und die Kinder ganz impulsiv zu allerhand selbst „schamlosen Handlungen" getrieben werden [3]). Für diese Auffassung würde auch das zu anderen Zeiten gerühmte kindliche, bescheidene, nicht frühreife und nicht erotische Wesen des Kindes sprechen.

Im weiteren Verlauf treten dann allmählich wie im vorigen Fall vollentwickelte Anfälle an Stelle der abortiven, die schließlich ganz verschwinden. Zu gleicher Zeit wurde auch hier ein allmählicher Rückgang der Intelligenz beobachtet und die Entwickelung des typisch epileptischen Charakters.

Fall 29. Jakob S. Wagenwärterssohn aus Heidelberg. 14 Jahre alt. Aufgenommen am 6. II. 1893.

Anamnese: Der Vater ist gesund, leidet nur viel an Kopfweh, die Mutter leidet ebenfalls an Kopfschmerz und Schwindel. 3 gesunde Geschwister.

Pat. litt als kleines Kind viel an Krämpfen, war aber später immer gesund. Vor 2 Jahren im Herbst 1890 traten zum ersten Male Anfälle auf, die mit Ausnahme des Sommers 1892 regelmäßig alle 14 Tage bis 3 Wochen sich wiederholten. Anfangs verliefen die Anfälle folgendermaßen: Es traten Zuckungen in den Armen und Beinen und Hin- und Herbewegungen des Kopfes auf, der Knabe war bewußtlos, hatte Schaum vor dem Mund, soll dabei rasch mit den Augen geblinzelt haben, die Daumen waren nicht eingeschlagen. Die Anfälle dauerten ca. 1 Stunde.

Im 2. Jahre änderte sich der Charakter der Anfälle, indem die Zuckungen mehr stoßweise erfolgten, dabei hieb der Kranke um sich, biß ins Deckbett, versuchte an der Wand in die Höhe zu klettern, im übrigen waren die Anfälle wie im ersten Jahre. Vor Beginn der Anfälle hat Patient einen roten Kopf, ist aber im Wesen unverändert, nach den Anfällen

---

[1]) Strohmayer l. c. S. 132.
[2]) Hermann l. c. S. 169.
[3]) ebenda S. 168.

besteht immer große Mattigkeit. Während der Anfälle nie Erbrechen oder unfreiwilliger Stuhl- und Urinabgang. Beim ersten Anfall soll starkes Nasenbluten eingetreten sein. Ohrenlaufen bestand bis vor 1 Jahre, seitdem nicht mehr. Eine Vermehrung oder Verstärkung der Anfälle wurde im letzten Jahre nicht beobachtet. Der letzte Anfall war am 5. II. und dauerte ca. 1 Stunde. Die Eltern gaben noch an, daß die Anfälle besonders leicht auftreten in der Erregung z. B. nach Aerger, oder nach dem Genuß von Alkohol z. B. zweierlei Bier.

Status: Kräftiges gesundes Aussehen. Organe o. B. Nervensystem: Motilität und Kraft normal. Sensibilität völlig intakt außer einer außerordentlich starken Anaesthesie des Gaumens. Patellarreflexe beiderseits lebhaft, Andeutung von Fußklonus. Sonstige Reflexe o. B. Sinnesorgane intakt. Subjektiv: Klagen über Kopfweh und Schwindel.

Verlauf: Krämpfe wurden in der Anstalt nicht beobachtet.

12. II. Entlassen.

16. II. Wiedereintritt: Pat. hatte am 15. II. in der Schule einen ca. $^3/_4$ Stunde dauernden Anfall in derselben Weise wie früher.

20. II. Patient erhält zum Frühstück am Morgen ein Fläschchen Bier, das er mit Widerwillen trinkt. Im Verlauf des Vormittags schon macht Patient einen etwas scheuen und aufgeregten Eindruck, am Nachmittag spielt er zwar noch mit den Kindern, ist aber aufgeregt. Abends $5^3/_4$—$6^1/_4$ Anfall. Während Patient spielt, beginnt ein Tremor im rechten Arm, Patient wird bewußtlos. Beim Entkleiden fällt die Steifigkeit der Glieder auf. Die Augen sind geschlossen, die Pupillen reagieren auf Lichteinfall. Das Bewußtsein ist nicht ganz geschwunden, wie Patient nach dem Anfall selbst zugiebt, es fehlt ihm aber die Kraft, auf Anrufen zu antworten, Er wälzt sich im Bett herum, ändert häufig Stellung und Lage, bohrt den Kopf in die Kissen, kaut am Bettuch. Intermittierend treten besonders im Bereich des rechten Armes und Beines tremorartige Zuckungen auf von ca. $^1/_2$ Minute Dauer, links wurden sie nur einmal beobachtet. Die Patellarreflexe sind beiderseits stark erhöht, beim Beklopfen der Sehne tritt langdauernder Tremor in dem betreffenden Bein auf. Beiderseits Fußklonus. An der Außenseite des rechten Beines besteht Analgesie, eine Nadel kann, ohne eine Schmerzäußerung auszulösen, tief eingestochen werden, sonst werden aber überall Nadelstiche empfunden.. Anblasen und Uebergießen mit kaltem Wasser bringt Patient nicht zum Bewußtsein, dagegen vermeidet er während des Anfalls ängstlich, sich in die feuchten Bettgegenden zu legen. Nach dem Anfall starker Durst und Mattigkeit.

28. II. In der Anstalt wurde ein weiterer Anfall nicht beobachtet. Pat. wird vorläufig entlassen.

Ergänzung zur Anamnese: Der Vater leidet an Kopfschmerzen und war von jeher sehr intolerant gegen Alkohol. Die Mutter war früher gesund, litt später viel an Kopfschmerzen und war z. Z. des Klimakteriums 2 Jahre von 1891—93 schwermütig. Im Jan. 1893 hatte sie Fieber, phantasierte 8 Tage, sah Figuren, zerriß alles, war ängstlich, weinte, schlief nicht, hatte Todesgedanken und wollte sich eines Tages aus dem Fenster

stürzen. Man brachte sie in die Irrenklinik, wo sie viel jammerte und zahlreiche hypochondrische Ideen äußerte. Am Vorderarm zeigten sich anaesthetische Stellen. Es wurde die Diagnose „Hystero-melancholie“ gestellt. Sie wurde ungeheilt entlassen, war zu Haus anfangs noch unruhig, beruhigte sich dann allmählich und war nachher ganz gesund. 1903 hatte sie Schwindelanfälle, lag 3 Monate zu Bett, konnte sich garnicht bewegen und hatte arge Kopfschmerzen. Seit 1907 leidet sie an Rheumatismus, die Hände sind sehr deformiert und steif, der Gang langsam und beschwerlich. Sonst macht sie jetzt einen ganz gesunden, geistig regen Eindruck. Die Eltern der Mutter waren gesund und starben in hohem Alter.

Der Knabe entwickelte sich im ersten Halbjahre normal, bekam dann die „Kopfgichter“, die bis zum 4. oder 5. Jahre sehr häufig auftraten. Er verdrehte die Augen und hatte so heftige Krämpfe, daß er manchmal schon ganz weg war, Schaum stand ihm vor dem Mund. Nachts fuhr er oft zusammen und schrie. Dazu bekam er die englische Krankheit und lief erst mit 3 Jahren. Später entwickelte sich der Knabe ganz ordentlich, war aber immer etwas empfindlich. Er hielt sich von seinen Kameraden zurück, war still und ruhig. Vor der Schule hatte er keine Angst, er ging gern hin, obgleich er sehr schwer lernte, wurde aber seit dem 11. Jahre immer heimgeschickt wegen der Anfälle und mußte schließlich den Schulbesuch ganz aufgeben.

Am Morgen vor dem ersten Anfall soll der Knabe sehr frischen Kuchen gegessen haben, der ihm schlecht bekommen war. Die Anfälle gingen immer leichter und rascher vorüber, wenn man nichts daraus machte, sondern den Jungen allein ließ. So wie man ihn aber anrührte, gebärdete er sich wie rasend, wälzte sich im Bett herum, zerriß das Bettuch, stopfte meistens das Tuch in den Mund. Man durfte ihm nur die Matratze lassen. Wenn der Anfall vorbei war, wurde er schlaff.

Katamnese: Nach der Entlassung wiederholten sich die Anfälle sofort wieder. Patient blieb in poliklinischer Behandlung und arbeitete zuerst als Schlosser. Da der Zustand sich nicht besserte, entschloß man sich, ihn in eine Anstalt für epileptische Kinder zu geben. Damals hatten die Anfälle folgenden vom Arzt geschilderten Charakter: Nach einer mehr oder weniger langen Aura (Schwindel, Depressionsempfindung, Pat. legt meist in sitzender Stellung den Kopf auf die überkreuzten Arme), fällt er plötzlich um unter klonischem Krampf der gesamten Körpermuskulatur. Dauer 2—4 Minuten, nachher Schläfrigkeit und Abgeschlagenheit. In den anfallsfreien Zeiten macht Pat. einen scheuen, versteckten Eindruck, sein Aussehen ist verschlagen und bösartig.

Nach den Akten aus Kork, wo Pat. sich vom Jan. 1894 bis Sept. 1896 befand, zeigte er bei seinem Eintritt das ausgesprochene Bild der Epilepsie. Im Januar hatte er 3, im Februar 4 Anfälle. Im März stiegen die Anfälle auf 16. Anfang April kamen an 2 Tagen je 2 und 3 Anfälle vor, dann blieben sie während der übrigen Zeit des Monats vollständig aus. Von der Zeit an war Pat. bis zu seinem Austritt, also 2½ Jahre, ohne Anfall. Im Wesen war er gutmütig und schloß sich den andern Kindern gern an.

Mit 18 Jahren kam er aus der Anstalt und blieb erst zu Haus, wo die

Anfälle ganz vereinzelt wieder auftraten, der erste nach einer starken Aufregung. Dann arbeitete er als Spengler und verdient jetzt täglich 3 Mark. Vom Militär wurde er frei wegen der Anfälle. Seit 10 Jahren ca. sollen keine Anfälle mehr aufgetreten sein. Seit 3 Jahren ist er verheiratet und hat 2 gesunde Kinder. Mit seiner Frau soll er gut leben und mit seinen Kindern freundlich umgehen. Sonst ist er zurückhaltend, still und wenig gesprächig. Von den Anfällen wird nie mehr gesprochen, da es ihm außerordentlich peinlich sein soll, wenn er darnach gefragt wird.

Er ist jetzt 31 Jahre alt und macht den Eindruck eines wenig intelligenten, verschlossenen Menschen. Seine Antworten sind kurz, aber nicht unfreundlich, der Blick ist finster und etwas versteckt. Er gibt noch an, leicht aufgeregt zu sein und besonders nach Anstrengung und bei Hitze oft Kopfschmerzen zu haben. Alkohol verträgt er nicht. Marschieren kann er viel, ohne daß es ihn anstrengt. An die Anfälle habe er keine rechte Erinnerung mehr, sie seien nach und nach ganz ausgeblieben. Der Schlaf ist unruhig, er wacht leicht auf, sonst geht es ihm gut, er sei heiter, nie schwermütig.

Epikrise:

In diesem Falle werden nach jahrelangem Auftreten von Krämpfen in frühestem Kindesalter nach einem anfallsfreien Intervall von sieben Jahren Anfälle beobachtet, die zunächst wohl keiner Bedenken tragen würde, als epileptische anzusprechen. Später aber ändern sich diese Anfälle, indem Symptome hinzutreten, die man nicht anders als hysterische bezeichnen kann. Dadurch kommt es zu Zuständen, die sich von den in Fall 10, 16 od. 17 geschilderten kaum unterscheiden, indem der Kranke sich gleichfalls wie rasend gebärdet, um sich schlägt, ins Deckbett beißt und zwar um so mehr, je ängstlicher man sich um ihn bemüht, während die Anfälle leichter und rascher vorübergehen, wenn man sich nicht um ihn kümmert (s. Erg. z. Anamn.). Allerdings kann es in den epileptischen Dämmerzuständen auch zu „schwerer Verwirrtheit" und „Zerstörungswut" [1]) kommen, doch dürfte dabei der Einfluß auf den Verlauf durch das Verhalten der Umgebung nicht so deutlich werden. Vielleicht ist die in der Klinik beobachtete lokalisierte Empfindungsstörung ebenfalls psychogener Natur. Als auslösende Ursache für das Auftreten der hysterischen Erscheinungen könnte vielleicht das Beispiel der Mutter, die zu derselben Zeit an einer hysterischen Psychose (s. Erg. z. Anamn.) erkrankt war, in Betracht kommen, zumal solche Zustände später bei dem Knaben scheinbar nicht mehr beobachtet worden sind.

Ob die bis in das 5. Lebensjahr hineinreichenden Kinderkrämpfe als epileptische anzusehen sind, ist nicht ohne weiteres zu entscheiden [2]). Die

---

[1]) Hermann l. c. S. 168,

[2]) Die Anschauungen der Autoren über den Zusammenhang von Kinderkrämpfen und Epilepsie sind geteilt. So kommt z. B. Birk (l. c.) durch seine Nachuntersuchungen an 53 spasmophilen Kindern, von denen später (bis zum 12. Jahre) kein einziger epileptisch geworden war, zu dem Schluß, daß wahrscheinlich kein Zusammenhang zwischen den beiden Krampferscheinungen besteht, während Aschaffenburg (Ueber Epilepsie und epileptoide Zustände. Archiv f. Kinderheilkunde 46. 1907) zu der Auffassung neigt, die Spasmophilie als den Ausdruck einer epileptischen Disposition anzusehen.

geistige Schwäche des Knaben ist nicht unbedingt in diesem Sinne zu verwerten, weil nach Strohmayer Eklampsie, Rachitis und Schwachsinn, um die es sich in unserm Fall handelt (s. Erg. z. Anamn.), eng zusammenhängen und ihre Verknüpfung mit einer nach Jahren einsetzenden Epilepsie nicht ohne weiteres erlaubt ist.

Bemerkenswert dürfte noch, besonders auch in Hinsicht auf den nächsten Fall, sein, daß durch die erst im (verhältnismäßig späten) Alter von 12 Jahren einsetzenden und in größeren Zwischenräumen erfolgenden epileptischen Krämpfe der bereits bestehende Schwachsinn des Knaben scheinbar keine Steigerung mehr erfahren hat, so daß Patient sich jetzt im Leben gut zurechtfindet, während wir zum Schluß noch einen Fall besprechen werden, bei dem die auf gleicher oder ähnlicher Basis aber in frühem Kindesalter beginnenden und gehäuft auftretenden Anfälle zu einer außerordentlich rasch fortschreitenden, gemütlichen und intellektuellen Verblödung führten.

Fall 30. Valentin F. Maurerssohn aus Kaiserslautern. 7 Jahre alt. Aufgen. am 20. III. 1898.

Anamnese: Vater angeblich gesund, Mutter nervös. Ein Onkel väterlicherseits war 5 Monate lang in der Irrenanstalt. Von den 7 Geschwistern ist eins verunglückt. Eins leidet an Hydrocephalus und Rachitis.

Pat. wurde rechtzeitig geboren. Mit 2 Jahren Lungenentzündung. Mit 3 Jahren Anfälle. Kommt plötzlich im Spiel zur Mutter und sagt, daß es ihm schlecht werde, kann dann nicht mehr sprechen. Keine Bewußtlosigkeit, manchmal etwas Erbrechen. Er wird weiß im Gesicht, atmet etwas schwer, bekommt Herzklopfen, fällt dabei nicht hin, hat keine Krämpfe. Nach dem Anfall leichte Schläfrigkeit. Die Häufigkeit der Anfälle wechselt, manchmal kommen sie 4—5 mal am Tag und setzen dann wieder 2—3 Tage aus.

Status: Seinem Alter entsprechend entwickelt. Gute Muskulatur. Am Schädel links eine verschiebliche Narbe, eine zweite neben dem linken oberen Augenlid. Cervikaldrüsen geschwellt links mehr als rechts Adenoide. Andeutung überstandener Rachitis, Rippen leicht eingesunken. Tubera frontalia und parietalia etwas prominent. Schädel verhältnismäßig groß. Temp. Umf. 57½. Innere Organe o. B. Ein Hoden nicht ganz herabgestiegen. Nervensystem: Außer lebhaften Patellarreflexen nichts. Pat. macht einen etwas stupiden Eindruck. Ord.: Bad mit kühlen Uebergießungen. Valeriana.

Verlauf: 23. III. Herausnahme adenoider Wucherungen. Anfälle nie beobachtet.

26. III. Entlassen.

Ergänzung zur Anamnese: Aermliche Verhältnisse, kleine enge Wohnung. Die übrigen Kinder machen einen guten Eindruck. Pat. hatte schon Krämpfe im 1. Jahre. Später erst ganz leichte Anfälle, dann die in der Krankengeschichte beschriebenen Anfälle. Er stürzte einmal von der Treppe, aber damals bestanden die Anfälle schon.

Katamnese: Nach dem Aufenthalt in Heidelberg traten die Krämpfe wieder auf und nahmen allmählich an Stärke zu. Es bildeten sich typische epileptische Anfälle heraus. Pat. stürzte mit einem Schrei zusammen, hatte tonische und klonische Zuckungen. Blut und Schaum standen ihm vor dem Mund. Beim Hinstürzen oft Verletzungen. Die Anfälle traten ganz ungleichmäßig auf, tags und nachts. Manchmal tagelang häufige Anfälle, dann freiere Zeiten. Die Intelligenz ließ stark nach. Vor 3 Jahren wurde der Knabe nach Frankenthal in eine Anstalt gebracht, wo er sehr viele Anfälle haben und psychisch und intellektuell sehr verlieren soll. Der Direktor der Anstalt gibt folgende Auskunft: „F. leidet an einfacher Epilepsie, hat periodisch Verstimmungszustände und ist schon ziemlich stark verblödet. Er ist gerade einer von den Epileptikern, bei denen keine nennenswerte hysterische Quote vorhanden ist."

Epikrise:

Was in der Klinik auf Grund der Anamnese und des körperlichen und psychischen Befundes, ein Anfall wurde dort nicht beobachtet, für die Annahme einer Hysterie entschied, ist nicht recht einzusehen. Die seit dem frühen Kindesalter beobachteten häufigen Anfälle, die von deutlichen offenbar ängstlichen Sensationen eingeleitet wurden, das Erblassen, die Uebelkeit, das Herzklopfen, vor allem die leichte Schläfrigkeit nach dem Anfall lassen kaum einen Zweifel über die Natur des Leidens zu.

Es ist unmöglich, aus den Angaben zu entnehmen, ob ein zeitliches Intervall zwischen den Krämpfen im ersten Jahre und den späteren Anfällen bestand. Offenbar aber unterschieden sie sich im Charakter (s. Erg. z. Anamn.). Da in der Klinik bei dem Knaben Spuren einer überstandenen Rachitis des Schädels nachgewiesen wurden, könnte es sich wie im vorigen Falle um eine Kombination von Eklampsie, Rachitis und Schwachsinn gehandelt haben, zu der dann später die Epilepsie hinzutrat. Das würde neben den natürlich in erster Linie in Betracht kommenden frühzeitigen und gehäuften Anfällen doch vielleicht teilweise den raschen Rückgang der geistigen und gemütlichen Fähigkeiten und die schließliche völlige Verblödung erklären.

Schluss.

Aus den Krankengeschichten ergibt sich nun zunächst folgendes:

In den ersten 16 Fällen sahen wir bei vorwiegend geistig und körperlich gut entwickelten und einigen psychopathischen Kindern infolge von psychischen Prozessen und körperlichen Erkrankungen typische hysterische Erscheinungen auftreten, die durch einfache therapeutische Maßnahmen mehr oder minder rasch beseitigt wurden, ohne schädliche Nachwirkungen zu hinterlassen. In 2 Fällen trat die definitive Heilung erst jenseits der Kindheit ein.

Daran schlossen sich 5 Fälle von kindlicher Hysterie, bei denen sich eine hysterische Gemütsveränderung dauernd erhielt und immer wieder die Veranlassung zu hysterischen Krankheitsbildern gab. Es handelte sich hier, wie wir gesehen haben, fast durchweg um psychopathische Persönlichkeiten, teils aus angeborenen teils aus erworbenen Defektzuständen.

Daß es sich in all diesen Fällen um hysterische Krankheitserscheinungen handelte, ging wohl zur Genüge aus den Krankengeschichten hervor. Dafür sprach entweder die atypische Art der Anfälle oft ohne Bewußtseinsverlust und bei erhaltener Sensibilität, oder eigentümliche körperliche Störungen, die auf andere Weise nicht erklärt werden können. Ferner in einigen Fällen die große Regelmäßigkeit der Erscheinungen im Auftreten, oft genau um die gleiche Stunde bei sonstigem Wohlbefinden und endlich in allen Fällen die Beeinflussung aller Krankheitssymptome durch psychische Prozesse.

Bei den letzten 9 Fällen endlich, die wir als Fälle nicht reiner Hysterie bezeichneten, handelte es sich entweder um organische Erkrankungen, und die hysterischen Krankheitszustände waren lediglich der Ausdruck der körperlichen Übel oder nur echte Formen von Epilepsie mit nur gelegentlich auftretenden hysterischen Erscheinungen.

Diese Fälle können selbstverständlich nicht der Hysterie zugerechnet werden, da „wir erst dann von Hysterie zu sprechen berechtigt sind, wenn hysterische Symptome ganz wesentlich die Situation beherrschen und ein selbständiges Krankheitsbild darstellen“ (Tuczek[1]). Sie scheiden deshalb in der Prozentberechnung und überhaupt bei allen Fragen nach der Prognose der kindlichen Hysterie aus.

Versuchen wir nun zunächst eine Scheidung der 21 Fälle richtiger Hysterie nach den terminologischen Begriffen, so läßt sie sich rein nicht durchführen. Wir haben gesehen, daß somatisch hysterische Zustände in allen Fällen vorkamen und in den meisten Fällen das Krankheitsbild in der Hauptsache ausmachten. Die Schwere der Erscheinungen war ohne Einfluß auf die Heilung.

Psychisch hysterische Zustände wurden nicht in allen Fällen beobachtet, sie traten ganz regellos sowohl bei leichten als bei

[1]) Tuczek, Zur Lehre von der Hysterie bei Kindern. Berl. klin. Wochenschrift 1886 XXIII. S. 512.

schweren Fällen auf, und Verlauf und Prognose der Erkrankung war ebenfalls von ihnen unabhängig.

Bezüglich des hysterischen Charakters lassen sich aber vielleicht folgende 3 Gruppen aufstellen:

1. Fälle, die vorzüglich körperliche und psychische Störungen darboten, ohne daß in den anfallsfreien Zeiten eine Veränderung des Charakters bemerkt wurde. (1. 3. 12. 13. 14. 16.)
2. Fälle, bei denen eine hysterische Charakterveränderung auch außerhalb der eigentl. Anfälle deutlich hervortrat, aber mit endgültigem Aufhören derselben sofort wieder verschwand. (5. 6. 8. 9. 10.)
3. Fälle, bei denen eine hysterische Charakteranlage dauernd bestand.
   a) Nervöse Kinder mit mehr oder minder schwerer hysterischer Veranlagung. (2. 4. 7. 11. 15. 17.)
   b) Kinder mit ausgesprochen degenerativ-hysterischer Charakterentartung. (18. 19. 20. 21.)

Betrachten wir diese Gruppen im Hinblick auf die Dauerprognose, so ist sie in unseren Fällen absolut günstig zu stellen in den Gruppen 1 und 2.

In der 3. Gruppe aber, wo es sich um Kinder mit krankhafter Veranlagung handelt, bei denen also von vornherein nicht alle die die Hysterie begünstigenden Faktoren zu beseitigen sind, zeigte sich die Prognose, wie aus den Krankengeschichten hervorging, zum Teil abhängig von den äußeren Lebensbedingungen, dem Milieu des elterlichen Hauses, der Erziehung, und vor allem von dem Lebensschicksal des Kranken, ferner von dem Grade der Belastung. Inwieweit sich da allgemeingültige Gesetzmäßigkeiten aufstellen lassen, soll später noch im einzelnen erörtert werden, soviel aber läßt sich aus der allgemeinen Betrachtung der Fälle wohl mit Sicherheit sagen, daß die Prognose der kindlichen Hysterie um so ungünstiger ist, je schwerer pathologisch die Persönlichkeit ist, weil bei dieser hysterische Symptome leichter wiederkehren.

Da eine scharfe Trennung der Eigenschaften, die wir unter dem Bilde der hysterischen Gemütsveränderung oder auch der hysterischen Gemütsentartung zusammenfassen, von einfach nervösen oder auch degenerativen nicht möglich ist, sind wir „nur dann berechtigt, Charakteranomalien als hysterische zu bezeichnen, wenn sie Teilerscheinungen dieser Neurose sind, d. h.

wenn wir die Hysterie auch aus anderen sensiblen und motorischen Störungen oder den paroxystischen Krankheitsäußerungen sicher stellen können." (Binswanger l. c. p. 345). Demnach habe ich also Fälle, die nach einer „länger fortgesetzten über Jahre sich erstreckenden Kontrolle keine derartigen Störungen zeigten, bei denen also eine Wiederkehr früherer oder das Auftauchen eines neuen Symptoms" zum wenigsten unwahrscheinlich ist, selbst wenn sie noch nervöse Erscheinungen darboten, als geheilt betrachtet.

Ich kam so zu dem Ergebnis, daß von den 21 Fällen reiner Hysterie 16 dauernd geheilt sind, also 76% Dauerheilungen.

Ganz anders ging Schmidt[1]) in seinen katamnestischen Untersuchungen der Kinderhysterie, die er an dem Material der Tübinger Klinik anstellte, vor. Er zählte bei der Prozentualberechnung auch Fälle zu den ungeheilten, die seit der Erkrankung in der Kindheit keine spezifisch hysterischen Erscheinungen wieder zeigten, und jetzt z. B. nur über Kopfschmerzen und Mattigkeit während der Periode klagten. Das erscheint mir bei der außerordentlichen Häufigkeit solcher Beschwerden unberechtigt. Natürlich kommt er zu ungünstigeren Resultaten. Unter seinen 48 Fällen sind nur 62,5% dauernd geheilt. Beurteilt man aber die Fälle, soweit das bei der Kürze der Angaben möglich ist, auf die obengenannte Art, so sind unter den 48 Fällen nur 5 als ungeheilt zu bezeichnen (nämlich die Fälle 54. 59. 62. 70. 71). Wir hätten also eine Dauerheilung von 89,5%.

Diesem nunmehr sehr günstigen Resultat muß man aber wohl einigermaßen kritisch gegenüberstehen, da das Ergebnis schriftlicher Katamnesen oft ungenau oder falsch ist. Ich selbst habe bei 4 Fällen aus äußeren Gründen zunächst eine schriftliche Katamnese erhoben, indem ich mich dazu des von Schmidt angegebenen Fragebogens bediente. Weil die Antworten mir nicht genügend schienen, entschloß ich mich später noch zu einer persönlichen Nachuntersuchung. Es stellte sich nun heraus, daß es sich in 2 Fällen, die nach den schriftlichen Berichten geheilt schienen, einmal um eine typische Hysterika handelte, in dem andern Fall um eine idiopathische Epilepsie. Darnach kann man sich den Schluß erlauben, daß die Resultate der Arbeit

[1]) Symptomatologie u. Prognose d. Kinderhysterie (Diss.) Tübingen 1908.

von Schmidt wohl eine allgemeine günstige Prognose der Kinderhysterie gestatten, daß aber seine zahlenmäßige Feststellung der Dauerheilungen keinen Wert hat.

Zu sehr viel ungünstigeren Resultaten gelangte Duvoisin[1]. Er stellte 1889 persönliche Nachuntersuchungen an allen Fällen von Hysterie an, die seit 16 Jahren, also seit 1872, im Basler Kinderspital behandelt worden waren. Bei 12 Fällen lag die klinische Behandlung wenigstens 7 Jahre zurück, sie gestatten also einen Schluß auf die Dauerheilung. Unter diesen 12 Fällen handelte es sich einmal um Epilepsie. Von den übrigen 11 Fällen fand Duvoisin einen durchaus gesund, 5 hatten keine hysterischen Erscheinungen mehr gezeigt, waren aber größtenteils schwächlich, nervös und in der Entwicklung zurückgeblieben, die letzten 5 Fälle waren nicht gebessert. Ergebnis 54,6% Dauerheilungen.

Beim Lesen dieser Krankenberichte gewinnt man den Eindruck, als wenn es sich in allen Fällen um besonders schwere Erkrankungen bei zumeist sehr schwächlichen und elenden Individuen gehandelt hätte, was möglicherweise damit zusammenhängt, daß man sich in früheren Jahren schwerer dazu verstand, Kinder klinisch behandeln zu lassen, und daß leichtere Fälle von Hysterie wohl fast nur in die Behandlung des Hausarztes kamen. Aber gerade die Duvoisin'sche Arbeit liefert zugleich den Beweis, daß selbst die schwersten hysterischen Krankheitszustände bei kindlichen Individuen zu einer relativ raschen und dauernden Heilung gelangen können.

So verschieden nun auch die Ergebnisse der 3 katamnestischen Arbeiten sind, so lassen sie doch wohl den Schluß zu, daß weit mehr als die Hälfte der an hysterischen Zuständen erkrankten Kinder dauernd geheilt werden, daß also die Prognose der kindlichen Hysterie eine im Verhältnis zu der der Erwachsenen sehr günstige ist.

Gibt uns nun die Hysterie im Kindesalter irgend welche Anhaltspunkte, auf die sich die günstigere Prognose zurückführen läßt? Die hysterischen Erscheinungen sind bei Kindern meist weniger kompliziert als bei Erwachsenen, doch haben wir hier wie dort schwere Zustände, die ungemein leicht vorübergehen, und leichte, die äußerst hartnäckig sind und sich jahrelang

---

[1]) Über infantile Hysterie. Jahrbuch f. Kinderheilkunde 1889 N. F. XXIX.

erhalten. Auch das ätiologische Moment ist im allgemeinen ohne Einfluß auf die Prognose. Bei Kindern wie bei Erwachsenen sehen wir, daß geringe Reize oft schwere Erkrankungen auslösen und umgekehrt. Demnach muß die Vermutung auftauchen, daß die hauptsächlichsten Bedingungen für eine günstige oder ungünstige Prognose der Hysterie im Individuum, in der Persönlichkeit selbst liegen.

Unter welchen Voraussetzungen entwickeln sich nun bei kindlichen Individuen hysterische Erscheinungen? Im Bezug auf die Hysterie der Erwachsenen sieht Moebius [1]) diese Voraussetzungen in 2 Momenten: „In einer angeborenen, d. h. hysterischen Anlage einerseits und einem besonderen Gemütszustand im Augenblick andererseits.“ Die hysterische Anlage ist, wie der Name sagt, in der Hauptsache auf Vererbung zurückzuführen, kann aber auch erworben werden infolge von schwächenden Krankheiten und andauernd ungünstigen moralischen Einwirkungen, wie sie namentlich durch unzweckmäßige Erziehung und disharmonische häusliche Verhältnisse zustande kommen.

Für alle diese Faktoren finden wir unter unseren kindlichen Hysterikern Beispiele. Allerdings tritt das Moment der psychopathischen Vererbung, so bedeutungsvoll für die Hysterie der Erwachsenen (Kraepelin fand in 70—80 % seiner Fälle erbliche Belastung), hier weniger in den Vordergrund. Eine gleichartige Vererbung fehlt ganz. Direkte erbliche Belastung findet sich in bezug auf Geisteskrankheiten nur in einem Fall (11), in bezug auf Nervosität und Charakteranomalien beider Eltern in 2 Fällen (17 und 19), der Mutter oder des Vaters allein in 4 Fällen (14, 18, 20, 21), auf Apoplexie des Vaters in 2 Fällen (7, 15). Indirekte Belastung findet sich in 2 Fällen. Ferner ist in 3 Fällen Potatorium des Vaters angegeben. Um nun ein möglichst genaues Urteil darüber zu gewinnen, welche Bedeutung in unseren Fällen der psychopathischen Belastung auf die Entstehung der kindlichen Hysterie beizumessen ist, möchte ich die Resultate einer statistischen Arbeit von Diem [2]), der an einem sehr großen Material zahlenmäßig feststellte, in welchem Maße die Geistiggesunden und Geisteskranken durch psychische

---

[1]) Moebius: Über den Begriff der Hysterie. Nemologische Beiträge 1.
[2]) Die psychoneurotische erbliche Belastung der Geistesgesunden und der Geisteskranken. Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie II, Heft 2.

Anomalien in der Aszendenz belastet sind, zum Vergleich heranziehen. Er fand bei den Geistesgesunden eine Gesamtbelastung (direkt und indirekt) von 66,9 %. Dieser stehen unsere 16 geheilten Fälle mit einer Gesamtbelastung von 44 % gegenüber. (Die Tuberkulose gilt nach Diem nicht als belastendes Moment.) Dieses beträchtlich günstigere Resultat ist wohl darauf zurückzuführen, daß eine gründliche Nachforschung betreffs der indirekten Belastung bei unseren Fällen unterblieben ist. Die indirekte Belastung aber ist nach Diem's Ergebnissen im großen ganzen ohne Bedeutung. Dagegen verdient die direkte Belastung die größte Berücksichtigung. Sie beträgt nach Diem für die Geistiggesunden 33 %, bei unseren 16 Fällen 37,5 %. Vergleichen wir aber die Art der Belastung, so wird die Differenz etwas beträchtlicher. Die Geistesgesunden sind nach Diem im Verhältnis bedeutend stärker mit Apoplexie und Nervenkrankheiten belastet, die Geisteskranken mit Geisteskrankheiten, Trunksucht und Charakteranomalien. So ist der Anteil der Trunksucht an der direkten Belastung der Geistesgesunden $^1/_3$ = 11,5 % bei unseren 16 Fällen $^2/_3$ = 25 % (Fall 11 mit eingerechnet), eine Zahl, wie man sie bei Geisteskranken finden soll. Für Nervosität und Apoplexie stimmt die Belastung unserer Fälle genau mit der von Diem für die Geistiggesunden festgesetzten überein. Also übersteigt die direkte Belastung in unseren geheilten Fällen der Zahl nach nur unbedeutend die gesunder Individuen, der Art nach ist sie in bezug auf Trunksucht der Belastung der Geisteskranken gleich. Was den Grad der Belastung anbelangt, so ist er in 2 Fällen ein ziemlich erheblicher, im übrigen aber handelt es sich um milde Belastungsformen, wofür auch die Tatsache spricht, daß nur mit einer Ausnahme (Fall 15) die hysterische Erkrankung auf das eine Kind beschränkt blieb und daß sich unter den häufig sehr zahlreichen Geschwistern nur einmal vorübergehend Geisteskrankheit (2) und zweimal sonstige nervöse Erscheinungen fanden. [1])

Unsere 5 ungeheilten Fälle sind sämtlich mit Nervosität oder Charakteranomalien belastet, zweimal findet sich kollaterale Belastung.

Damit ist der Nachweis erbracht, daß für die Gruppe der degenerativen Fälle die kindliche Hysterie wohl ausschließlich

---

[1]) Kinderkrämpfe werden in der statistischen Arbeit von Diem nicht berücksichtigt, da ihre Veranlassung eine ganz verschiedene sein kann.

auf einer ererbten Prädisposition beruht, daß aber für die einfache Hysterie die erbliche Belastung kaum die gesunder Kinder überschreitet, und daß sie jedenfalls als notwendige Vorbedingung für die Entstehung hysterischer Erscheinungen abgelehnt werden muß.

Die tuberkulöse Belastung, der viele Autoren eine große Bedeutung für die Entwicklung der Nervosität zuschreiben, findet sich in unseren Fällen selten und nur zweimal in direkter Linie, aber ohne einen besonders deutlichen Einfluß auf die Entwicklung des Kindes auszuüben.

Was nun die Schädigungen betrifft, die das Nervensystem während des Individuallebens treffen können, so wird der ungünstige Einfluß organischer Krankheiten auf dasselbe besonders deutlich in Fall 14, häufiger kombinieren sich erbliche und erworbene Anlage wie z. B. in Fall 11, 15, 18 und in Fall 21, wo vermutlich infolge eines heftigen Scharlach bei einem nervösen Kind Schwachsinn zurückblieb.

Den Einfluß einer verkehrten Erziehung auf die Charakterentwicklung sehen wir in den Fällen 6, 16, 17 und 19 am deutlichsten, in Fall 18 und 20 war sie noch kompliziert durch unerquickliche häusliche Verhältnisse. Eigensinn und Launenhaftigkeit in den Fällen 2 und 11 sind ebenfalls wohl zum Teil der wetterwendischen Erziehung des dem Potatorium ergebenen Vaters zuzuschreiben. Die große Bedeutung, die der Erziehung auf die Weiterentwicklung und Ausbreitung der Symptome bei einmal bestehender Erkrankung und auf die Heilung eingeräumt werden muß, wird später berücksichtigt werden.

So wichtig alle diese eine psychopathische Veranlagung begünstigenden Momente für die Entwicklung der Hysterie sind, es bleibt immerhin eine größere Anzahl von Fällen übrig, wo alle Anzeichen für eine solche fehlen, wo wir demnach versuchen müssen, andere Faktoren zur Erklärung herbeizuziehen.

Welches sind nun die Eigenschaften, die unter den Begriff des hysterischen Charakters fallen? Man pflegt gewöhnlich an erster Stelle eine starke Empfänglichkeit bei einem hysterischen Individuum vorauszusetzen. Empfänglichkeit und Leichtgläubigkeit sind aber Eigenschaften, die der Kindesnatur stets eigentümlich sind, also bei Kindern nicht ohne weiteres als pathologisch angesehen werden dürfen. Strümpell[1]) sagt: „In der

[1]) Strümpell, Die pädagogische Pathologie oder die Lehre von den Fehlern des Kindes. 3. Aufl. Leipzig 1899.

Kindheit ist die Reizbarkeit und Empfänglichkeit für die äußeren Sinneseindrücke noch sehr groß, und die Seele ist gleichsam für jeden ersten besten Eindruck offen", und er motiviert das dadurch, daß „die Verbindungen der schon erworbenen und zusammengehörigen Vorstellungen bei Kindern noch nicht konstant und fest geworden sind, um maßgebend bei den neuen Eindrücken mitzuwirken oder ihnen entgegenzuarbeiten."[1])

Es ist also erklärlich, daß durch einen plötzlich einwirkenden Reiz das seelische Gleichgewicht des Kindes viel leichter erschüttert werden kann als das Gleichgewicht des in seinem Verstandes-und Gefühlsleben gefestigteren erwachsenen Menschen. Diese Wirkung auf die kindliche Psyche macht sich aber nun nach außen besonders durch körperliche Reaktionen kund, die im Verhältnis zu den psychischen Erscheinungen, welche die seelischen Prozesse der Erwachsenen begleiten, schon bei äußerst geringfügigen Anlässen und mit verhältnismäßig großer Heftigkeit ausgelöst werden können. Natürlich ist diese Wirkung je nach der Individualität des Kindes verschieden. Aeußere Eindrücke, und das gleiche gilt für innere Erlebnisse, Vorstellungen, Gefühle, von denen ein geistig und gemütlich träges Kind kaum berührt wird, können, besonders wenn noch durch starke Gefühlsbetonung, durch Neuheit, Seltsamkeit, Wunderbarkeit die Phantasie gereizt wird, ein lebhaftes, geistig regsames Kind in einen Zustand versetzen, der es im Augenblick von einem Geisteskranken in nichts unterscheidet.

Werfen wir nun einen Blick z. B. auf die 3 zuerst beschriebenen Fälle, die besonders zur Beurteilung geeignet sind, weil sie die hysterischen Erscheinungen in möglichster Isoliertheit und Reinheit zeigen, und betrachten sie in Hinblick auf das Vorhergesagte, so finden wir, gleichsam als Einleitung der Erkrankung, Erscheinungen ganz analoger Art. Wir sahen bei lebhaften und intelligenten Kindern infolge von gemütlicher Erschütterung heftige Erregungszustände mit so intensiven körperlichen Begleiterscheinungen, daß dadurch in einem Fall ein Anfall vorgetäuscht wurde. Und doch würde kein Mensch diese Zustände an und für sich für krankhaft halten, wenn sie sofort wieder einem normalen Zustand Platz gemacht hätten, wie es für Kinder das Natürliche ist. Denn große Heftigkeit der Gefühlsausbrüche, die aber ebenso leicht abklingen, rasche

[1]) Strümpell S. 16.

und starke Gefühlsschwankungen sind charakteristische Erscheinungen des kindlichen Menschen. Emminghaus [1]) sagt: „Dem Stimmungswechsel kommt in der allgemeinen Symptomatologie der Kinderpsychosen kein Platz zu, da jäher Uebergang einer Stimmungslage in die entgegengesetzte ganz normal im Kindesalter ist“, und erklärt das durch den „Mangel an freiem Wollen, an vernünftigen Motiven“, die erst in höherem Alter auf die psychischen Prozesse regulierend einzuwirken vermögen.

Vergleichen wir nun noch diese dem kindlichen Menschen je nach seiner individuellen Beschaffenheit in größerem oder geringerem Maße zukommenden Eigenschaften mit der Beschreibung, die Jolly [2]) von der psychischen Konstitution des zur Hysterie disponierten Erwachsenen gibt, so haben wir fast Wort für Wort dasselbe: „Disponiert sind Individuen mit lebhafter Gemütstätigkeit und Neigung zu starken und wechselnden Affekten bei geringer Energie des Willens.“

Geistige und gemütliche Regsamkeit sahen wir nun zunächst in allen Fällen, die nur vorübergehende hysterische Krankheitserscheinungen boten, und bei denen eine psychopathische Konstitution teilweise gar nicht in Frage kommt. Bei einigen Kindern wird das ganz besonders betont. Fall 1 soll sich geistig auffallend früh entwickelt haben. Die Fälle 2, 3, 6, 7, 8, 13, 15 werden als sehr tüchtig in der Schule geschildert, auch in den übrigen Fällen handelte es sich um intelligente Kinder. Besonders starke Gefühlsschwankungen auch in gesunden Zeiten boten Fall 2 und Fall 11. Fast alle Kinder plaudern gern, sind übermütig, lebhaft, meistens lebhafter als die übrigen Geschwister. Auch in den durch organische Krankheiten komplizierten und auf mangelhafter Charakteranlage beruhenden Fällen treffen wir meistens gute Intelligenz. Fall 17 soll hervorragend klug gewesen sein, Fall 19 war lebhaft, phantastisch. Doch tritt hier eine krankhafte Steigerung auch in gesunden Zeiten hervor. In den Fällen 20 und 21 sehen wir im Gegenteil auch ein gemütlich degeneriertes und ein schwachsinniges Kind hysterisch werden, doch handelt es sich hier nicht um reine kindliche, sondern um pathologisch veränderte Zustände.

Was endlich die von Jolly betonte „geringe Energie des

---

[1]) Emminghaus l. c. S. 79.
[2]) Jolly, Hysterie. Ziemssens Handbuch XII. 2. S. 500.

Willens" der Hysterischen anbelangt, so kann man sie nach Emminghaus, der jedem Kinde das freie Wollen von vornherein abspricht, als dem kindlichen Charakter zugehörig bezeichnen.

Mit direkten Worten weist auch Janet[1]) auf die Analogie des kindlichen Charakters mit dem des hysterischen Erwachsenen hin. Er sagt: „Dieser Mangel an Verknüpfungsvermögen, diese Haltlosigkeit, dieser einfältige von Zorn und Eifersucht begleitete Egoismus findet sich in gleicher Weise bei einem Zustand, der nichts Krankhaftes hat, nämlich beim Kindesalter." Auf den Mangel an Verknüpfungsvermögen, der die starke Empfänglichkeit der Kinder verständlich macht, und die Haltlosigkeit des vom Gefühlsleben beherrschten Kindes ist schon hingewiesen, zur Erklärung des dem Kindesalter eigentümlichen Egoismus sagt Emminghaus, daß die erst in der Entwicklung begriffenen moralischen Gefühle dem Selbstgefühl des Kindes freies Walten gestatten und deshalb im psychischen Gesamtzustande der Kinder der nackte Egoismus scharf hervortrete, der dann wieder leicht das Gefühl der Beeinträchtignng und damit des Neides und der Eifersucht entstehen läßt.

Die Beispiele mögen genügen, um die große Uebereinstimmung kindlicher Charakterzüge mit den Eigenschaften, die man als „hysterisch" zu bezeichnen pflegt, klar zu legen, was nichts anderes sagen will, als daß jedes normale Kind zur Hysterie disponiert ist.

Denn daß von den durch die Wirkung seelischer Prozesse auf die kindliche Psyche und die körperlichen Funktionen ausgelösten heftigen, aber sich noch in physiologischen Grenzen haltenden Aktionen bis zu wirklich pathologischen nur ein Schritt ist, ist leicht einzusehen.

Althaus[2]) sagt: „Die Aktionen werden hysterisch, sowie sie einen gewissen Grad der Intensität erreichen." Bestimmter drückt Krehl (l. c. p. 733) sich aus. Er erkennt das Krankhafte darin, daß „die körperliche Reaktion andauert." Welches sind aber die Bedingungen, unter denen sich die normalen Aeußerungen der kindlichen Psyche so steigern, daß sich der Hysterie der Erwachsenen analoge Zustände herausbilden? Wir kommen damit auf die zweite Voraussetzung, die Moebius in bezug auf

---

[1]) Janet, Der Geisteszustand der Hysterischen. 1894. X.

[2]) Althaus Dr. J., Wesen und Behandlung der Hysterie. Deutsche Klinik. Bd. XVIII. 1866. S. 146.

die Entstehung der Hysterie der Erwachsenen angenommen hat, auf einen „besonderen Gemützustand im Augenblick.“ Er fährt fort: „Von diesem Gemütszustande kann man sich nur eine unklare Vorstellung machen. Er muß dem hypnotischen ähnlich sein, er muß einer gewissen Leere des Bewußtseins entsprechen, in der einer auftauchenden Vorstellung von seiten anderer kein Widerstand entgegengesetzt wird.“ Das würde also ungefähr so zu verstehen sein, daß in einem besonderen nicht näher zu erklärenden Gemütszustande eine Vorstellung die Aufmerksamkeit in so hohem Grade in Anspruch zu nehmen vermag, daß alles außerhalb des beachteten Vorgangs liegende psychische Geschehen gelähmt, „hypnotisiert“ wird.[1])

Daß sich solcher Vorgang am leichtesten da vollziehen kann, wo die Fähigkeiten zu einem zusammenhängenden Vorstellungsleben nur in geringerem Maße entwickelt sind, wo also die einzelnen Vorgänge noch eine große Selbständigkeit und Unabhängigkeit gegenüber dem Gesamtleben besitzen, ist leicht begreiflich. Wir haben diese Eigenschaften im vorhergehenden als charakteristisch für den kindlichen Seelenzustand erkannt.

Das Kind, bei dem neue Eindrücke noch wenig Assoziationen in Tätigkeit zu setzen vermögen, wendet jedem Reiz mehr oder weniger kritiklos seine ganze Aufmerksamkeit zu, doch ist die Richtung der Aufmerksamkeit, da sie hauptsächlich von der Sinnenwelt, von äußeren Wahrnehmungen bestimmt wird, naturgemäß einem starken Wechsel unterworfen. Die Stärke nun, mit der ein Reiz die Aufmerksamkeit zu fesseln vermag, wie auch der Wechsel ihrer Richtung, ist schon unter normalen Verhältnissen sehr verschieden und abhängig sowohl vom Individuum als von der Intensität des Reizes.

Junge lebhafte Geschöpfe, bei denen das Gemütsleben noch über das Verstandesleben überwiegt, werden sich im allgemeinen leichter jedem Eindruck voll hingeben als geistig frühreife oder ältere Kinder, bei denen Erfahrungen und Vernunft schon eine Rolle spielen, und die deshalb äußeren Reizen gegenüber mehr Kritik und größere Selbständigkeit zu beweisen vermögen. Aber auch bei ihnen ist der Gemütszustand noch leicht Schwankungen ausgesetzt. Ermüdung, körperliche und seelische Anspannung, emotionelle Erregungen, erschöpfende

---

[1]) Vgl. hierzu Lipps, T., Leitfaden d. Psychologie. 2. Auf. 1906. S. 99.

Einflüsse vermögen ein sonst beherrschtes und vernünftiges Kind vorübergehend in einen Zustand zu versetzen, in dem es nicht mehr imstande ist, einen mehr oder weniger heftigen Affekt durch Gegenvorstellungen zum Ausgleich zu bringen.

So nehmen wir z. B. als wahrscheinlch an, daß im Fall 3 lediglich durch die abendliche Ermüdung der psychische Mechanismus des Kindes gehemmt und dadurch ängstlichen Vorstellungen Tor und Tür geöffnet wurde. Etwas Aehnliches dürfte im Fall 13 der Fall gewesen sein. Besonders häufig werden die ersten hysterischen Störungen in der Schule beobachtet, was manchmal ebenfalls auf die Ermüdung nach der geistigen Anspannung zurückzuführen sein dürfte, wie z. B. in unseren Fällen 2 und 11. Oft mag allerdings in erster Linie ein emotionelles Moment, Angst vor den Lehrern, Furcht vor Tadel in Frage kommen wie in den Fällen 14, 18, 20 und 21. Daß der psychische Shock infolge von Traumen (Fall 5 und vermutlich Fall 12) Zustände schaffen kann, die den hypnotischen an die Seite zu stellen sind, betont Charcot [1]). Aehnliche Zustände können wohl durch jede heftige Gemütserregung geschaffen werden. Hier dürfte man vielleicht noch einiger kindlichen Eigenschaften, sog. Kinderfehler, gedenken, die an und für sich nichts Pathologisches haben, aber doch zu Zeiten eine „Verlangsamung des Vorstellens und Denkens und leichte Verworrenheit“ hervorrufen sollen. Emminghaus beobachtete solche Zustände bei Kindern infolge von Schüchternheit (p. 75) und in noch höherem Grade von Schreckhaftigkeit und Aengstlichkeit (p. 71). Es dürfte also kein Zufall sein, daß sich diese Kinderfehler unter unseren Fällen relativ häufig finden, Schüchternheit z. B. in den Fällen 1 u. 9, Schreckhaftigkeit und Aengstlichkeit in den Fällen 2, 4, 11, 14.

Während solcher Zustände nun, seien sie durch innere oder äußere Ursachen veranlaßt, wird es Vorstellungen und Affekten auch schon bei geringerer Energie außerordentlich leicht gelingen, bei Kindern jene krankhaften Veränderungen des Körpers hervorzurufen, die wir als hysterisch bezeichnen. Die Tatsache nun, daß es beim Kinde nur geringer Ursachen bedarf, um die hysterische Veranlagung herbeizuführen, daß die Vorbedingungen dazu hauptsächlich in der kindlichen Psyche begründet sind, erklärt es, daß die Dauerprognose der kindlichen Hysterie eine

[1]) l. c. 22. Vorlesung.

im allgemeinen günstige sein muß. Denn wir dürfen erwarten, daß die hysterischen Erscheinungen, die in der leicht beweglichen kindlichen Seele schnell auftauchen, ebenso rasch wieder verschwinden, und daß mit der Entwicklung und Festigung der Persönlichkeit die hysterischen Veränderungen sich ausgleichen werden.

Daß dieser Ausgleich sich in einigen Fällen mehr oder minder rasch vollzieht, in anderen sich verzögert oder ganz ausbleibt, haben wir an der Hand der Fälle gesehen. Es soll nun im weiteren versucht werden, ob sich aus der Fülle des Materials vielleicht gewisse Anhaltspunkte finden lassen, die auf den Verlauf und die Prognose der Kinderhysterie von maßgebendem Einfluß sind und deshalb schon bei Beginn der Erkrankung Schlüsse auf einen günstigen oder ungünstigen Ausgang gestatten.

Daß wir bei sämtlichen ungeheilten Fällen eine psychopathische Veranlagung entweder ererbt oder erworben nachweisen konnten, läßt den großen Einfluß derselben auf die Prognose deutlich erkennen. Aber auch unter den geheilten kindlichen Hysterikern fanden sich einige mehr oder weniger stark belastete Individuen, die ebenfalls von früher Kindheit an eine degenerative Veranlagung zeigten, bei denen aber der Verlauf und die Heilung der hysterischen Erkrankung von der geistig gesunder Individuen keinerlei Abweichungen zeigte.

Das legt die Frage nahe, ob vielleicht bestimmte degenerative Zustände mehr zur Hysterie disponieren und die Prognose derselben ungünstiger beeinflussen als andere. In Hinblick darauf dürfte es vielleicht bemerkenswert sein, daß unter den ungeheilten Fällen die größere Anzahl mit Charakteranomalien in der direkten Aszendenz belastet sind, denen eine große innerliche Verwandtschaft mit der Hysterie zuerkannt werden muß. Im Fall 17 ist der Vater eine unbeherrschte, schwärmerische, dabei starrköpfige Natur, die Tochter war ein „Wunderkind“, dabei empfindlich und unbeherrscht in ihrem Affektleben, sie bot also von jeher Zustände, die der hysterischen Veranlagung ähnlich sind. Fall 19 zeigte uns, wie ein bei verschiedenen Familiengliedern nachzuweisendes schwärmerisches und überspanntes Naturell bei dem Sohne in einer pathologischen Phantasietätigkeit und Lügesucht von hysterischem Charakter ausartete. In Fall 20 ist der Vater des

Kindes ein Zuchthäusler, also vermutlich ein allen Antrieben und Affekten gegenüber haltloser und willensschwacher Mensch, bei der Tochter kam es zu einer ausgesprochen hysterisch degenerativen Gemütsentartung. Ferner haben wir es im Fall 21 mit leichtem Schwachsinn zu tun, auf die Aehnlichkeit desselben mit dem hysterischen Charakter weist Janet hin.

Demnach könnte es vielleicht in manchen Fällen von kindlicher Hysterie möglich sein, aus der Art der degenerativen Veranlagung mit Berücksichtigung der Heredität bestimmtere Schlüsse auf eine günstige oder ungünstige Dauerprognose zu ziehen.

Zunächst aber läßt sich in bezug auf die hereditäre Belastung mit Sicherheit wohl nur der Satz aufstellen, daß sie die Prognose der kindlichen Hysterie in allen Fällen ungünstig beeinflußt und eine vollständige Heilung stets zweifelhaft macht, daß ihr aber nicht die unbedingt unheilvolle Bedeutung zukommt, die ihr besonders von französischen Autoren (Peugniez, Déjérine, Charcot) zugesprochen wird, sondern daß es viele Fälle von kindlicher Hysterie gibt, die sich auf einer ausgesprochen psychopathischen Basis entwickeln und doch unter sonst günstigen Bedingungen mehr oder minder rasch zur Heilung gelangen.

Dagegen scheint bei geistig gesunden Kindern die Prognose der Hysterie unter allen Umständen eine günstige zu sein.

Die Richtigkeit dieser Ergebnisse wird noch unterstützt durch die ähnlichen Resultate, die aus den schon früher erwähnten katamnestischen Untersuchungen Duvoisin's an 11 in der Kindheit hysterisch gewesenen Individuen hervorgingen. Auch hier sind die 5 unbelasteten Fälle kindlicher Hysterie vollständig gesund geblieben, obgleich die Mehrzahl unter ihnen körperlich schwächlich und elend war, von den 6 hereditär belasteten Fällen war nur einer geheilt, 5 boten noch typisch hysterische Zustände. Dabei muß aber betont werden, daß die Bedingungen zur Heilung in fast all diesen Fällen besonders ungünstige waren.[1])

Wir kommen damit auf zwei Momente, denen ein großer Einfluß auf die hysterischen Phänomene auch bei geistig ge-

---

[1]) Die Resultate der Arbeit von Schmidt (s. oben) können leider nicht zum Vergleich herangezogen werden, da die Heredität im einzelnen nicht berücksichtigt ist.

sunden Kindern zugesprochen werden muß, die aber bei psychopathischer Veranlagung zum ausschlaggebenden Faktor in bezug auf die Prognose werden können, nämlich auf das Milieu, in dem das Kind aufwächst und seine Erziehung. In fast allen unseren Fällen konnten wir nachweisen, daß suggestive Fragen und übertriebene Teilnahme von seiten der Umgebung die Weiterentwickelung und Hartnäckigkeit der hysterischen Symptome begünstigten. Nach rascher Beseitigung der Zustände in der Klinik blieben aber die geistig sonst gesunden Kinder in allen Fällen von Rezidiven verschont und selbst in den Fällen, wo eine von Jugend auf verweichlichende (Fall 5, 6, 16) oder inkonsequente Erziehung (Fall 14) die Entstehung psychogener Symptome direkt begünstigt hatte, wurde die Dauerprognose der Gesamthysterie bei geistig normalen Kindern dadurch nicht beeinflußt. Nur in einem dieser Fälle (16) sahen wir jenseits der Kindheit die hysterischen Symptome vorübergehend wiederkehren, um dann auf immer zu verschwinden.

Von viel weittragenderer Bedeutung aber kann der Einfluß der Erziehung und des Milieus auf die Hysterie degenerativ veranlagter Kinder werden, deren Psyche zweifellos weniger widerstandsfähig ist als die gesunder Individuen und deren Erziehung noch dazu meistens in den Händen von Eltern liegt, die selbst an krankhaften Zuständen leiden. Hier kann scheinbar in vielen Fällen ein günstiger oder ungünstiger Ausgang der Hysterie allein von äußeren Einflüssen abhängig sein.

Betrachten wir daraufhin z. B. die Fälle 7 und 17, bei denen es sich von vornherein um eine anscheinend fast gleichartige psychopathische Veranlagung handelte, nämlich um eine auffallend intellektuelle Frühreife bei aufgeregtem und empfindlichem Wesen. Während Fall 7 sich unter dem Einfluß einer vernünftigen, klugen Mutter vorzüglich entwickelte und sich jetzt den Anforderungen des Lebens vollauf gewachsen zeigt, hat sich bei Fall 17 die Reizbarkeit des Gemüts durch eine unvernünftige Erziehung in solchem Maße gesteigert, daß sie jetzt bei jedem kleinsten Anlaß zu krankhaften Reaktionen führt.

Klarer noch läßt sich der Einfluß der Umgebung in den Fällen 11 und 18 erkennen. Beide Kinder waren von jeher kränklich und hochgradig erregbar, was sich schon früh in schweren nervösen Störungen zeigte. Fall 11 war dazu noch durch schwere erbliche Belastung besonders gefährdet. Trotz-

dem aber haben sich bei diesem Kinde, das durch den frühen Tod des kranken Vaters dessen ungünstigem Einfluß wahrscheinlich noch rechtzeitig entzogen wurde, die hysterischen Zustände allmählich verloren, während bei Fall 18 infolge der fortgesetzten Wirkung häuslichen Elends und disharmonischer Eindrücke, denen das Mädchen bis über die Kindheit hinaus ausgesetzt war, sich die hysterische Veranlagung mehr und mehr befestigte, so daß sich noch jetzt von Zeit zu Zeit hysterische Zustände zeigen bei im übrigen ebenso tüchtigen beruflichen Leistungen und ehrlichem Wollen wie im ersten Fall.

Aehnliche Verhältnisse finden wir auch bei der Mehrzahl der übrigen psychopathisch veranlagten Kinder. Die ungeheilten Fälle 19 und 20 wuchsen ebenfalls in einem Milieu auf, das eine hysterische Veranlagung in jeder Weise begünstigen mußte, während bei den geheilten Fällen 2 und 4 durch den frühen Tod des trunksüchtigen Vaters ein für die Charakterentwicklung der Kinder jedenfalls sehr ungünstiges Moment vielleicht noch zur rechten Zeit ausgeschaltet wurde. In Fall 15 war das Mädchen dagegen bis in das Jugendalter hinein von Einflüssen umgeben, die auf seinen Charakter unvorteilhaft eingewirkt haben müssen. Trotz der seit vielen Jahren bestehenden völligen Remission der hysterischen Erscheinungen, empfängt man hier den Eindruck, daß unter besonders ungünstigen Bedingungen eine Wiedererkrankung zum mindesten wahrscheinlich sein dürfte.

Ob der Lebensstellung der Eltern und der örtlichen Umgebung des Kindes irgend ein Einfluß auf die Dauerprognose der kindlichen Hysterie — Bruns hält sie in Hinsicht auf die Prognose der einzelnen hysterischen Symptome für wahrscheinlich — beizumessen ist, geht aus unseren Krankengeschichten nicht deutlich hervor. Auch unter den ungeheilten Fällen gibt es Kinder aus relativ gebildeten und ungebildeten Kreisen, aus wohlhabenden und armen Familien, aus der Stadt und vom Lande.

Wichtiger scheinen Geschlecht und Alter auf die Dauerprognose zu sein. In Uebereinstimmung mit der Mehrzahl der Autoren überwiegte auch in unseren Fällen das weibliche Geschlecht, und zwar muß besonders hervorgehoben werden, daß unter den 5 Fällen ungeheilter Hysterie 4 Mädchen sind, was

wohl für eine ungünstigere Dauerprognose der Hysterie bei Mädchen sprechen dürfte. Doch fällt auch dies Moment natürlich nur bei psychopathisch veranlagten Kindern in die Wagschale.

Was das Alter anbelangt, so gehören die ältesten Kinder, 2 Mädchen und 1 Knabe im Alter von 13 Jahren, unter die ungeheilten Fälle. Daraufhin darf man sich wohl den Schluß erlauben, daß höheres Alter die Prognose verschlechtert, was ohne weiteres erklärlich sein dürfte, da auf eine Aenderung des hysterischen Charakters um so weniger zu hoffen ist, je größer die psychische Selbständigkeit des Kindes ist.

Ebenfalls machen schon längere Zeit bestehende hysterische Krankheitszustände und vor allem häufigere Rezidive die Prognose immer zweifelhaft, da sie auf eine tiefere Schädigung der kindlichen Psyche, auf eine festere Ausbildung des hysterischen Charakters hinweisen, während plötzlich auftretende heftige Erscheinungen gewöhnlich für eine günstige Prognose sprechen, besonders wenn zu ihrer Entstehung ein einigermaßen plausibler Grund vorhanden war.

Denn es ist klar, daß die reizbare Schwäche des Individuums eine größere sein muß, wenn schon bei ganz geringen Anlässen oder vielleicht spontan starke Reaktionen ausgelöst werden, als wenn die Wirkungen durch die Ursache eine ziemlich ausreichende Erklärung finden. In Hinsicht darauf ist es interessant, daß bei fast allen unseren geheilten Fällen die Erkrankung plötzlich infolge irgend eines gut nachweisbaren mehr oder weniger heftigen psychischen Traumas zum Ausbruch kam, — die Fälle nach längerer körperlicher Erkrankung entwickelten sich oft langsam, konnten aber auch meistens genügend motiviert werden, — während bei sämtlichen ungeheilten Fällen die auslösenden Momente entweder sehr geringfügig oder garnicht nachweisbar waren, so daß man sich die teils sehr schweren Krankheitszustände lediglich als Ausdruck einer enorm gesteigerten Reizbarkeit und Affekterregbarkeit des betreffenden Individuums, also als Reaktion einer stark psychopathischen Persönlichkeit erklären konnte. Demnach scheint der Schluß berechtigt zu sein, daß die Prognose umso günstiger ist, eines je stärkeren äußeren Reizes es zur Entstehung der hysterischen Phänomene bedurfte, je mehr Grund also zu einer heftigen Reaktion in dem auslösenden Moment lag.

Wenn es nun auch scheinbar gelungen ist, einige allgemeine Gesetze in bezug auf die Prognose der kindlichen Hysterie aufzustellen, so bleibt das Krankheitsbild doch trotzdem so wechselnd, so unberechenbar, daß es in den meisten Fällen nur durch sorgfältigstes Abwägen aller für die Prognose wichtigen Momente gegeneinander und besonders auch mit Rücksicht auf die Charakteranlage des Kindes gelingen wird, mit einiger Sicherheit schon im Beginn der Erkrankung auf eine günstige oder ungünstige Prognose zu schließen.

Zusammenfassung der Haupt-Resultate in bezug auf die Dauerprognose der kindlichen Hysterie:

1. Die Dauerprognose der kindlichen Hysterie ist günstiger als die der Erwachsenenn.
2. Bei geistesgesunden Kindern ist die Dauerprognose der Hysterie in allen Fällen günstig.
3. Bei vorher psychopathisch veranlagten Kindern ist die Dauerprognose der Hysterie stets zweifelhaft, doch könnten bei Feststellung derselben folgende Sätze Beachtung verdienen:
   a) Es ist möglich, daß aus der Art der degenerativen Veranlagung bestimmtere Schlüsse auf die Prognose gezogen werden können.
   b) Erziehung und Milieu können auf die Prognose einen bedeutenden Einfluß haben.
   c) Eine Beeinflussung der Prognose durch soziale Stellung und Wohnsitz der Eltern wurde in unseren Fällen nicht deutlich.
   d) Weibliches Geschlecht und höheres Alter machen die Prognose ungünstiger.
   e) Die Prognose ist umso ungünstiger, je länger die Krankheitszustände bestehen und je häufiger sie aufgetreten sind.
   f) Die Prognose ist umso günstiger, je stärker das auslösende Moment war, d. h. je mehr Grund zu einer heftigen Reaktion in dem auslösenden Moment lag.